

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 # N° 326 ;

**LES TUMEURS EPITHELIALES
DITES MALIGNES
DE LA
GLANDE PAROTIDE.**

A propos de 260 observations du Centre Léon-Bérard.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 13 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

OERIU Léon

né le 17 Décembre 1945

à IASSY (Roumanie)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I

- MEDECINE -

U. E. R. GRANDE-BLANCHE

ANNEE 1975 - 76

LES TUMEURS EPITHELIALES

DU PANCREAS

DE LA

GLANDE PAROTIDE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Septembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BERNARD LÉON

né le 17 Décembre 1945

https://archive.org/details/IA41554219_0002

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 - N°

**LES TUMEURS EPITHELIALES
DITES MALIGNES
DE LA
GLANDE PAROTIDE.**

A propos de 260 observations du Centre Léon-Bérard.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 13 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

OERIU Léon

né le 17 Décembre 1945

à IASSY (Roumanie)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I

MEDICINE -

M. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - 1978

LES TUMEURS EPITHELIALES

DITES MALIGNES

DE LA

GLANDE PAROTIDE.

A propos de 288 observations du Centre Léon-Bérard.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soumise publiquement le 13 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

GERRU Léon

né le 17 Décembre 1945

à LASSY (Normandie)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine :	
GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur
	R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	M. le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	M. le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



Examineurs de la Thèse

Monsieur le Professeur M. MAYER

Monsieur le Professeur J. GAILLARD

Monsieur le Professeur Agrégé J. VIGNAL

Monsieur le Professeur Agrégé F. LESBROS

Monsieur le Professeur Agrégé J.L. CHASSARD

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Ce travail lui est dédié.

A MA MERE

*Dont les encouragements m'ont été précieux
tout au long de mes études.*

A MA FEMME

*Son soutien et sa patience ont grandement facilité
la réalisation de ce travail.*

A MON FRERE, A MA SOEUR, A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GAILLARD,

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

Ses nombreuses publications ont éclairé notre approche des tumeurs parotidiennes.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MAYER

*Nous lui sommes très reconnaissant d'assurer
la présidence de notre Jury de thèse.*

*Il nous a fait l'honneur de nous confier le sujet
de ce travail.*

*Il nous a guidé avec bienveillance et nous avons pu
bénéficier de sa grande expérience.*

*Nous sommes conscient de l'aide qu'il nous a apporté
et nous lui témoignons notre vive gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. VIGNAL

*Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait
en acceptant de faire partie de notre jury.*

*Qu'il veuille accepter l'expression de toute notre
reconnaissance et de notre grand respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ F. LESBROS

*Nous lui sommes reconnaissant de l'intérêt
qu'il a porté à notre travail.*

*Nous le prions de croire à nos sentiments
reconnaissants et respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ LIBRE J.L. CHASSARD

C'est un honneur de le compter parmi nos juges.

Nous l'assurons de notre profond respect.

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos
vifs remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BLONDET

Assistant - Chef de Clinique

*Il nous a aidé de ses conseils et de sa patience
tout au long de cette étude.*

*Ses qualités intellectuelles, sa rigueur scientifique
ont très largement contribué à l'élaboration de ce
travail.*

*Nous lui exprimons notre reconnaissance et notre
fidèle amitié.*

ERRATA

<u>Page</u>	<u>Ligne</u>	<u>Au lieu de</u>	<u>Lire</u>
19	25	Diagnostique	Digastrique
22	20	Diagnostique	Digastrique
24	15	Diagnostique	Digastrique
87	15	Névralgie facile	Névralgie faciale
87	1	Aves	Avec
94	8	Tumeurs épidermoïde	Tumeurs épidermoïdes
107	18	Des chirurgien	Des chirurgiens
115	11	Rentshler	Rentschler
128	17	Treatement	Treatment
56	2	Sous diagnostique	Sous digastrique

INTRODUCTION

Les tumeurs épithéliales primitives de la glande parotide sont rares : elles représentent moins de 1% de toutes les tumeurs de l'organisme.

Elles sont caractérisées par deux aspects :

- leur polymorphisme anatomopathologique et clinique,
- leur potentiel évolutif, qui est conditionné par leur type histologique, mais aussi en grande partie par la thérapeutique.

Ce travail est fondé sur une série de 260 observations de malades traités au Centre Léon Bérard de 1945 à 1972 pour des tumeurs épithéliales primitives de la parotide.

Sous cette définition, nous englobons toutes les tumeurs épithéliales primitives de la glande parotide, avec, au premier plan, les adénomes pléomorphes.

Notre statistique porte sur 27 années, avec un recul minimum de surveillance de 5 ans.

Ces observations ont été obligeamment mises à notre disposition par notre Maître, le Professeur M. MAYER qui nous a permis d'entreprendre l'étude des dossiers des malades traités par lui-même, ou sous sa direction.

Le recrutement du Centre Léon Bérard a permis de suivre et de traiter ces malades, dans des circonstances différentes, soit de première intention, soit à l'occasion de récidives.

Nous verrons, à l'issue de ce travail, que les résultats obtenus sont très différents en fonction :

- du stade clinique,
- du traitement initial,
- du type histologique et
- du potentiel évolutif de la tumeur.

Les 260 observations rapportées ici représentent plus de 88% du total des tumeurs parotidiennes vues au Centre Léon Bérard pendant la même période, ce qui fait occuper à ces tumeurs le premier rang de fréquence dans la pathologie parotidienne.

Nous avons éliminé :

- 19 cas de tuméfactions parotidiennes histologiquement bénignes :

7 cas de Parotidite chronique,

10 cas de Cystadénolymphome,

1 cas de Sarcoïdose,

1 cas de Lymphangiome.

- 12 cas de sarcomes parotidiens :

10 cas de Lympho et Réticulo-sarcomes,

1 cas de fibrosarcome,

1 cas de hémangio-péricytome.

- 1 cas de neurinome malin du VII.

- oOo -

CLASSIFICATION

=====

CLASSIFICATION DES TUMEURS DE LA PAROTIDE

=====

L'identification des tumeurs de la glande parotide a donné lieu à de nombreuses classifications, soit dans les différents pays, soit à l'intérieur d'un même pays, selon les écoles.

1 - Historique

Longtemps avant les classifications bien connues de Leroux, de Leroux Robert, de Redon et à fortiori, avant celle de Thackeray, divers auteurs ont publié des études sur ces tumeurs.

Ainsi :

John Warren en 1802 est le premier auteur à s'y être intéressé
suivi par

Billroth en 1859

Virchow en 1863 et

Nasse en 1892.

Chacun de ces auteurs a envisagé un seul type histologique de tumeur.

Avec le début du XXème siècle, d'autres auteurs publièrent à ce sujet; Albrecht et Warthin sur les cystadénolymphomes papillaires, appelés depuis tumeurs de Warthin; Mayo et Spies ont contribué à la connaissance des cylindromes, Foote et Stewart à celle des tumeurs muco-épidermoïdes.

Les premières tentatives de classification sont l'oeuvre de Ehrlich, puis de Heinecke; les classifications se rapprochant le plus de la classification actuelle ont été établies par Masson, Leroux, Delarue, J.F. Martin.

La classification actuelle, proposée en 1972 par l'O.M.S. et mise au point par Thackeray et ses collaborateurs, adoptée pour sa simplicité par la majorité des auteurs est celle que nous avons utilisée dans l'étude de nos

différents groupes de malades.

Classification de l'O.M.S. d'après Thackeray 1972 :

Tumeurs primitives de la loge parotidienne.

Tumeurs épithéliales :

a) Adénomes :

- adénomes pléomorphes (tumeurs mixtes)
- adénomes simples
 - . adénolymphomes (cystadénolymphomes)
 - . adénomes oxyphiles (oncocytoles).

b) Tumeurs muco-épidermoïdes.

c) Tumeurs à cellules acineuses.

d) Carcinomes :

- adénoïdes kystiques (cylindromes)
- adénocarcinomes
- carcinomes épidermoïdes
- carcinomes indifférenciés
- carcinomes dans un adénome pléomorphe (tumeur mixte maligne).

Notre étude n'intéresse que les tumeurs épithéliales parotidiennes primitives, franchement malignes ou à potentiel malin, quelque soit l'importance de ce potentiel. Nous avons éliminé les adénomes simples parfaitement bénins. Nous n'avons pas d'observations de tumeurs à cellules acineuses.

Cette classification a valeur d'histopronostic. Elle a le mérite d'établir une gradation dans la malignité des tumeurs épithéliales de la parotide.

" On peut superposer à la classification précédente, une classification en :

- tumeurs à faible malignité,
- tumeurs à malignité intermédiaire,
- tumeurs à haute malignité.

Tumeurs bénignes ou à faible potentiel malin	Tumeurs à malignité moyenne	Tumeurs à malignité élevée
Adénome pléomorphe ou Tumeur mixte ou Epithélioma à stroma remanié	"Cylindrome" ou Carcinome adénoïde kystique Tumeur Muco-épider- moïde Tumeur à cellules acineuses	Adénocarcinomes Carcinomes épidermoïdes ou C.M.D.K. ou Epithélioma spino- cellulaire Carcinome indifférencié ou anaplasique Carcinome dans un adénome pléomorphe

La seule modification que nous apportons à la classification de l'O.M.S. (1972 - Thackeray), consiste à placer les carcinomes adénoïdes kystiques dans les tumeurs à malignité moyenne ".

F R E Q U E N C E

INCIDENCE DES TUMEURS PAROTIDIENNES

=====

I - Par rapport aux autres tumeurs de l'organisme :

Foote et Frazell en 1954 estiment à 5% les tumeurs salivaires par rapport à toutes les tumeurs de l'organisme, à l'exclusion de la peau.

(Ce pourcentage semble assez élevé).

II - Par rapport aux tumeurs de la tête et du cou :

H. Spiro et G. Huvos estiment à 0,4% les tumeurs des glandes salivaires par rapport aux tumeurs de la tête et du cou.

John. Bardwill, Armando Luna et John E. Healey Jr, estiment à 4,5% la totalité des tumeurs des glandes salivaires par rapport aux tumeurs de la tête et du cou.

Rentschler et Burgess estiment à 5,2% les tumeurs parotidiennes par rapport à celles de la tête et du cou.

Notons que dans les statistiques à grand nombre de cas, la fréquence des tumeurs parotidiennes par rapport aux tumeurs de la tête et du cou varie autour de 4%.

III - Par rapport aux autres tumeurs salivaires, l'incidence est de :

Auteurs	Parotide	Sous - maxillaire	Sub - linguale
Rentschler	75 %	23 %	2 %
Thackeray	90 %	10 %	
Foote et Frazell	87 %	11 %	1 %
Bardwill	80 %	12,8 %	7,2 %
Spiro	81 %	17 %	2 %

Parmi les glandes salivaires majeures, les tumeurs de la glande parotide sont les plus fréquentes.

IV - Répartition des différentes tumeurs épithéliales parotidiennes selon

le type histologique

Sameer Rafla (1977) : sur 67 cas de tumeurs épithéliades malignes de la grande parotide trouve :

Tumeurs mixtes malignes	12
Adénocarcinomes différenciés	27
Carcinomes anaplasiques	13
Cylindromes	6
Tumeurs mucoépidermoïdes	3
Carcinomes épidermoïdes	6

Redon (1962) sur 748 cas de tuméfactions parotidiennes présente 555 cas de tumeurs épithéliales primitives.

. Epithéliomas remaniés (Tumeurs mixtes)	384
. Cylindromes purs	15
. Carcinomes	156

Hollon W. Farr (1967) sur 1543 tuméfactions parotidiennes présente 1407 cas de tumeurs épithéliales primitives traitées au Memorial Hospital (New York City).

. Tumeurs mixtes :

bénignes : 908

malignes : 111

. Tumeurs mucoépidermoïdes :

taux faible de malignité : 126

taux élevé de malignité : 66

. Carcinomes :

adénoïdes kystiques : 34

cellules acineuses : 33

adénocarcinomes : 91

carcinomes épidermoïdes : 38

Foote et Frazell (1956) sur une série de 766 cas de tuméfactions parotidiennes, présentent 678 cas de tumeurs épithéliales primitives.

. Tumeurs mixtes	: 447
. Tumeurs mucoépidermoïdes	: 90
. Adénocarcinomes	: 69
. Carcinomes épidermoïdes	: 26
. Carcinomes dans tumeur mixte	: 46

John M. Bardwill, Mr Armando Luna et John E. Healey Jr (1967) sur 153 cas de tuméfactions parotidiennes présentent 147 cas de tumeurs épithéliales primitives :

. Tumeurs malignes mixtes	: 32
. Carcinomes mucoépidermoïdes	: 33
. Carcinomes épidermoïdes	: 8
. Cylindromes	: 14
. Carcinomes à cellules acineuses	8
. Adénocarcinomes	16
. Tumeurs bénignes mixtes	: 36

Leroux-Robert (1972) sur 218 cas de tuméfactions parotidiennes présente 167 cas de tumeurs épithéliales primitives.

. Tumeurs mixtes	: 123
. Carcinomes	: 42
. Cylindromes	: 2

D'emblée, une réflexion s'impose :

On voit sur ces séries souvent antérieures à la classification de l'O.M.S. la multiplicité des dénominations de Tumeurs épithéliales parotidiennes.

Nous avons volontairement laissé apparaître, ce que certains auteurs appellent "Tumeurs bénignes mixtes". Ces tumeurs étaient dénommées ainsi pour leurs caractères cliniques et évolutifs bénins.

Mais elles présentent cliniquement et histologiquement des critères de tumeurs épithéliales à faible malignité.

Quant au terme de "Tumeurs malignes mixtes", il regroupe généralement dans les publications anglo-saxonnes, ce que, dans la classification de l'O.M.S. est désigné sous le terme de carcinome dans un adénome pléomorphe, ainsi que les récidives "dites dégénérées" des Adénomes Pléomorphes.

- oOo -

TABLEAU ANALYTIQUE

TABLEAU ANALYTIQUE

=====

Voici notre matériel d'étude :

		Nombre	%
I - Tumeurs à faible malignité			
	- Adénomes pléomorphes	109	41,5
II - Tumeurs à malignité intermédiaire			
	- Carcinomes adénoïdes kystiques	10	3,9
	- Tumeurs mucoépidermoïdes	11	4,2
III - Tumeurs à haute malignité			
	- Adénocarcinomes	59	22,9
	- Carcinomes épidermoïdes	29	11,2
	- Carcinomes anaplasiques	33	12,8
	- Carcinomes dans un adénome pléomorphe	9	3,5

soit 260 observations

RAPPEL ANATOMIQUE

RAPPEL ANATOMIQUE (d'après H. Rouvière)

=====

La parotide est une glande salivaire majeure tubulo-acineuse, d'origine épithéliale développée au voisinage de la cavité orale et dont le rôle est de sécréter de la salive au moyen d'un conduit bien individualisé : le canal de Sténon.

Cette glande se trouve dans la partie supéro-latérale du cou et n'est pas normalement perceptible dans des conditions physiologiques.

Elle ne se manifeste cliniquement que, lorsqu'étant le siège d'une affection inflammatoire ou tumorale, elle augmente de volume ou donne des troubles fonctionnels ou des signes objectifs qui sont en rapport avec la richesse anatomique de la région qui la contient.

Elle devient alors accessible à la palpation externe ou à l'examen endo-pharyngé systématique.

REGION PAROTIDIENNE

La région parotidienne est limitée :

- en avant, par la branche montante du maxillaire inférieur,
- en arrière, par l'apophyse mastoïde et le Sterno cléido mastoïdien
- en haut, par l'articulation temporo-maxillaire,
- en bas, par une ligne qui prolonge en arrière le bord inférieur de la mâchoire

Profondément, cette région s'étend jusqu'au pharynx et occupe une partie de l'espace maxillo-pharyngien.

ANATOMIE DESCRIPTIVE

a) Squelette

Le squelette de la tête forme en partie les parois antérieure et postérieure de la région parotidienne et constitue en totalité la paroi supérieure de cette région.

La parotide est en effet en rapport en avant avec le bord postérieur de la branche montante du maxillaire, en arrière avec les apophyses mastoïde et styloïde du temporal, en haut avec le condyle du maxillaire inférieur et la paroi antéro-inférieure, ostéo-cartilagineuse, du conduit auditif externe.

b) Muscles

Les muscles que nous allons décrire contribuent à former les parois de la région parotidienne.

On trouve : en arrière, le sterno-cleïdo-mastoïdien, le digastrique et les muscles styliens;

en avant, le pterygoïdien interne et le masséter.

1 - Muscles sterno-cleïdo-mastoïdien, digastrique et stylo-hyoïdien.

2 - Stylo-glosse. Il s'attache en haut sur la face antérieure de l'apophyse styloïde, près de la pointe, et se porte, par un trajet oblique en bas et en avant, vers la base de la langue. Il est placé en dedans et un peu en avant du stylo-hyoïdien.

3 - Stylo-pharyngien. Il naît de la face interne de la base de l'apophyse styloïde et se dirige en bas, en avant et en dedans vers la paroi latérale du pharynx. Ce muscle, d'abord accolé au stylo-glosse, s'en éloigne ensuite pour gagner la paroi du pharynx.

4 - Masséter et ptérygoïdien interne. Le masséter s'étend de l'arcade zygomatique à la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur ptérygoïdien interne vu de l'apophyse ptérygoïde à la face interne de cette branche montante.

Ces deux muscles matelassent ainsi, en dedans et en dehors, la branche montante du maxillaire inférieur et par leurs faisceaux postérieurs contribuent à former la paroi antérieure de la loge parotidienne.

c) Ligaments styliens et aponévrose parotidienne.

1 - Ligament styliens: on en distingue deux qui sont les ligaments stylo-hyoïdien et stylo-maxillaire.

a) Ligament stylo-hyoïdien: il est placé en dedans du dedans du muscle stylo-hyoïdien et s'étend du sommet de l'apophyse styloïde à la petite corne de l'os hyoïde.

b) Ligament stylo-maxillaire : il se détache de l'apophyse styloïde de près du sommet et se termine sur l'angle du maxillaire inférieur.

2 - Aponévrose parotidienne : La loge qui contient la parotide est tapissée par une lame aponévrotique à laquelle on donne le nom d'aponévrose parotidienne.

Nous étudierons sa disposition sur deux coupes, l'une horizontale, l'autre frontale.

Sur une coupe horizontale, on voit que l'aponévrose cervicale superficielle qui revêt le sterno-cleïdo-mastoïdien se divise sur le bord antérieur de ce muscle en deux feuillets : l'un superficiel, se porte en avant et se réunit à l'aponévrose massétérine, l'autre, profond, s'étend jusqu'au pharynx en recouvrant successivement le diagnostique et les muscles styliens. Au niveau des muscles styliens, ce feuillet se fusionne avec le ligament stylo-maxillaire. De ce ligament se détache une mince lame fibreuse, dont l'existence est niée par certains; elle s'étend en avant jusqu'à l'aponévrose des ptérygoïdiens et s'unit à elle.

Sur une coupe frontale, on voit l'aponévrose cervicale superficielle se diviser au niveau de l'extrémité inférieure de la parotide en deux lames : l'une superficielle, recouvre la face externe de la glande et se termine en haut sur le conduit auditif externe; l'autre, profonde, mince, ce qui explique que les tumeurs survenant dans le "lobe hyponeural" de la parotide ont tendance à se présenter comme une masse dans l'oropharynx. Elle s'élève sur la face interne de la parotide entre cette glande et le pharynx jusqu'au périoste de la base du crâne.

Cependant, l'aponévrose parotidienne n'est pas entièrement une dépendance de l'aponévrose cervicale superficielle; "elle est faite de morceaux se raccordant entre eux "(Gilis) : aponévrose cervicale superficielle en dehors, aponévrose du digastrique et des styliens en arrière, aponévrose des muscles ptérygoïdiens et masséter en avant.

Elle est renforcée par les ligaments styliens et aussi par le ligament sphéno-maxillaire et elle est également dotée de nombreuses fibres sensibles provenant de la branche auriculaire la plus grande du plexus cervical superficiel.

Le ligament sphéno maxillaire "est un épaississement de l'aponévrose interptérygoïdienne dans laquelle on le taille quand on essaie de l'isoler" (Gilis). Le bord supérieur de ce ligament limite avec le col du condyle, la boutonnière rétro-condylienne où s'engagent les vaisseaux maxillaires internes et le nerf auriculo-temporal.

d) Loge parotidienne

Les os, les muscles, les ligaments et les aponévroses que nous avons décrits, limitent la loge parotidienne. Cette loge est prismatique, triangulaire et présente trois parois : externe, postérieure et antérieure, et deux extrémités, supérieure et inférieure.

. La paroi externe est formée par l'aponévrose cervicale superficielle qui s'étend du sterno-cléïdo-mastoïdien au masséter, par le tissu cellulaire sous cutané et la peau.

. La paroi postérieure est constituée de dehors en dedans par les muscles sterno-cleïdo-mastoïdien, digastrique et styliens revêtus de leur aponévrose que renforcent les ligaments styliens.

. La paroi antérieure est formée de dehors en dedans par le bord postérieur du masséter et son aponévrose, par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire, par le ptérygoïdien interne et l'aponévrose des ptérygoïdiens.

. Dans la partie médiane, la loge est bordée par une couche profonde de l'aponévrose parotidienne, le processus styloïde et les muscles proches, la veine jugulaire interne, l'artère carotidienne externe.

. L'extrémité supérieure est formée par l'articulation temporo-maxillaire en avant, et le conduit auditif externe en arrière.

. L'extrémité inférieure est constituée par un épaissement de l'aponévrose parotidienne appelée bandelette maxillaire et qui s'étend de l'angle de la mâchoire au sterno-cleïdo-mastoïdien.

La loge parotidienne renferme : la glande parotide, des vaisseaux, des ganglions lymphatiques et des nerfs. L'extension locale à partir d'une tumeur de la glande parotide peut envahir n'importe laquelle de ces structures.

e) Glande parotide

Cette glande affecte la même forme prismatique que la loge qui la contient.

. La face externe adhère assez fortement à l'aponévrose.

. La face postérieure présente deux prolongements : l'un externe s'enfonce entre le sterno-cleïdo-mastoïdien et le digastrique; l'autre, interne, entre le digastrique et l'apophyse styloïde.

. La face antérieure embrasse dans une gouttière la branche montante du maxillaire et les muscles masséter et ptérygoïdien interne. La lèvre externe de cette gouttière s'étend assez loin sur la face externe du masséter, où elle constitue le prolongement massétérein de la parotide.

. L'extrémité supérieure s'insinue dans l'angle dièdre formé par l'articulation temporo-maxillaire et le conduit auditif externe.

. L'extrémité inférieure repose sur la bandelette maxillaire qui la sépare de la glande sous-maxillaire.

Les anglo-saxons distinguent 3 prolongements : ptérygoïdien, carotidien, glénoïde, plus la glande parotide accessoire haut située entre le sténor et l'arcade zygomatique.

. Le canal de Sténon c'est le conduit excréteur de la parotide. Il émerge de la glande au niveau de son bord antérieur et chemine ensuite horizontalement dans la région masséterine, toujours vers l'avant. Il perce l'amas de graisse buccale, et vide ses sécrétions sur le sommet d'une papille en face de la seconde molaire supérieure.

f) Vaisseaux

1 - Artères - Carotide externe : A la limite supérieure de la région cervicale antérieure, la carotide externe passe sous le ventre postérieure du diagnostique, puis elle pénètre dans la loge parotidienne en passant entre le stylo-hyoïdien et le styloglosse. Elle s'élève dans l'épaisseur de la glande jusqu'au voisinage du col du condyle du maxillaire où elle se divise en ses deux branches terminales, la maxillaire interne et la temporale superficielle.

a) Branches collatérales : L'auriculaire postérieure naît de la carotide externe, soit la région parotidienne, soit au-dessous. Elle montre sur la face antérieure du ventre postérieur du diagnostique et gagne le bord antérieur, puis la face externe de l'apophyse mastoïde où elle se divise en branches auriculaire et mastoïdienne. L'auriculaire postérieure fournit l'artère stylo-mastoïdienne qui s'enfonce dans le trou stylo-mastoïdien.

b) Branches terminales :

- la maxillaire interne se porte en avant et passe dans la boutonnière rétro-condylienne pour aller dans la région ptérygo-maxillaire.
- la temporale superficielle s'élève en avant du conduit auditif externe et gagne la région antéro-latérale du crâne. Elle donne dans la parotide l'artère transversale de la face qui se porte en avant sur la face externe du masséter.

2 - Veines - Jugulaire externe : Les veines maxillaire interne et temporale superficielle s'unissent au niveau du col du condyle et forment la jugulaire externe.

Cette veine descend dans la parotide jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire; elle devient ensuite superficielle et chemine dans la région cervicale antérieure. Dans son trajet parotidien, la jugulaire externe est placée en dehors de la carotide externe.

3 - Ganglions lymphatiques : Dans la loge parotidienne se trouvent des ganglions lymphatiques qui sont placés pour la plupart sous l'aponévrose parotidienne et le long de la jugulaire externe.

On distingue deux groupes :

- superficiel : pré-auriculaire ou extra-glandulaire;
- profond : intraglandulaire.

a) Les ganglions superficiels : ils se trouvent dans l'aponévrose superficielle (pretragienne) et reçoivent des

- . canaux afférents lymphatiques pré-auriculaires, temporaux et ceux de la portion supérieure du visage ainsi que les canaux de la glande parotide.

- . canaux collecteurs efférents qui drainent la région cervicale postérieure, le long de la veine jugulaire externe.

b) Les ganglions profonds sont intraglandulaires :

- leurs canaux afférents viennent surtout de la glande; des vaisseaux qui drainent la trompe d'Eustache, le méat auditif externe, la portion profonde du visage, et le scalp ont également leur terminaison dans ces ganglions.

- les canaux efférents se terminent dans le ganglion jugulo-parotidien localisé au niveau de l'angle de la mâchoire. A partir de ce ganglion, les canaux s'étendent :

. le long de la chaîne cervicale postérieure profonde qui suit le nerf spinal accessoire ou dans

. la chaîne ganglionnaire qui longe la veine jugulaire interne.

g - Nerfs

1 - Le nerf facial : Ce nerf sort du crâne par le trou stylo-mastoïdien. Il pénètre aussitôt dans la loge parotidienne, au niveau du prolongement que la glande parotide envoie entre le diagnostic et l'apophyse styloïde. Dans la parotide, le facial se porte obliquement en bas et en avant et arrive sur la face externe de la jugulaire externe où il se divise en branches terminales.

a) branches collatérales : Au-dessous, et très près du trou stylo-mastoïdien, le Facial donne quatre branches collatérales :

- Rameau anastomotique du glosso-pharyngien : il croise la face antérieure de la jugulaire interne et se rend au ganglion d'Andersch du glosso-pharyngien.

- Rameau auriculaire postérieur : il contourne le bord antérieur de l'apophyse mastoïde et se distribue aux muscles occipital, auriculaire postérieur et aux muscles de la face profonde du pavillon.

- Rameaux du digastrique et du stylo-hyoïdien : ils naissent du facial soit séparément, soit par un tronc commun.

- Rameau lingual : il se porte vers la base de la langue en longeant le côté externe du styloglosse et s'anastomose avec le glossopharyngien.

b) Branches terminales : le Facial se divise sur la face externe de la jugulaire externe en deux branches terminales appelées temporofaciale et cervicofaciale.

- Branche temporo-faciale : elle se divise en plusieurs rameaux qui émergent vers le milieu du bord antérieur de la parotide et se portent vers les muscles peauciers du crâne et de la face situés au-dessus de l'origine buccal.

- Branche cervico-faciale : elle sort de la parotide au voisinage de l'angle; elle innerve les muscles peauciers de la face et du cou situés au-dessous de l'orifice buccal.

2 - Le nerf auriculo-temporal : Ce nerf, branche du maxillaire inférieur, pénètre dans la glande par la boutonnière rétrocondylienne; il s'anastomose dans la parotide avec la branche temporofaciale, puis monte en avant du conduit auditif externe et en arrière des vaisseaux temporaux superficiels. Il innerve la parotide et se termine dans les téguments de la région temporale.

3 - La branche auriculaire du plexus cervical superficiel : Elle émet un peu au-dessous du pavillon de l'oreille, un ou plusieurs filets nerveux destinés à la peau de la région parotidienne. L'un d'entre eux pénètre dans la parotide et s'anastomose avec la branche cervicofaciale du Facial.

LES TUMEURS EPITHELIALES BENIGNES OU A FAIBLE POTENTIEL MALIN

ADENOMES PLEOMORPHES

I - INTRODUCTION

=====

Connues depuis le milieu du 19ème siècle, ces tumeurs sont caractérisées par un grand éventail d'images histologiques, ce qui leur a valu successivement des qualificatifs aussi différents que :

- chondromes,
- endothéliomes,
- myxomes,
- fibromyoépithéliomes,
- myxochondrocarcinomes,
- branchiomes,
- enclavomes.

Ces nombreuses dénominations sont issues des théories variées qui ont été émises au sujet de leur nature et de leur origine.

Le terme de tumeur mixte donné à ces tumeurs par Minssen en 1874 a longtemps prévalu.

Il correspondait plus à une description d'une image histologique à double contingent tissulaire, qu'à une explication histogénétique. Le terme actuel d'adénome pléomorphe, indique l'origine purement épithéliale de la tumeur, en mettant l'accent, en même temps, sur une image histologique plus ou moins complexe. Il définit donc des tumeurs contenant des éléments épithéliaux, à l'intérieur d'une matrice de tissus mucoïde, myxoïde, chondroïde.

En somme :

Les tumeurs mixtes ou épithélioma à stroma remanié (P.Masson, Leroux, J.F.Martin), actuellement dénommées adénomes pléomorphes, sont des néo-formations circonscrites épithéliales.

Le caractère "enclos" de ces tumeurs les a fait considérer par certains auteurs comme bénignes.

En fait, il s'agit de tumeurs de faible malignité avec possibilité de récidives locales, si certaines règles thérapeutiques ne sont pas respectées.

II - RAPPEL ANATOMIQUE

=====

1 - Macroscopie :

L'adénome pléomorphe parotidien est un nodule tumoral rond ou multilobulé, de taille variable, à surface lisse ou nodulaire, entouré d'une capsule de tissus conjonctifs.

Sa consistance est classiquement évocatrice, dure comme du cartilage par la mise en tension de l'aponévrose parotidienne.

Cette tumeur est plus ou moins mobile.

La localisation de ce nodule tumoral, correspond dans la grande majorité des cas, à la région pré-tragienne. Les autres localisations sont essentiellement rétro et sous-angulo-maxillaire. La tumeur soulève parfois le lobule de l'oreille. Le toucher endobuccal permet de mieux percevoir par l'intérieur, une tumeur siégeant dans le prolongement pharyngien de la glande et qui soulève alors, la muqueuse.

A la coupe, la couleur varie entre le blanc grisâtre et le bleuté, en fonction de l'importance des éléments épithéliaux et du tissu chondroïde. Des petites zones d'hémorragie intra-tumorale et des kystes sont rares.

2 - Histologie :

L'adénome pléomorphe est caractérisé par la grande variété de ses aspects histologiques, faits de nappes de cellules épithéliales, disposées dans une matrice mucoïde ou chondroïde, plus ou moins importante, d'aspect hyalin, le tout présentant un aspect polymorphe caractéristique.

Le contingent épithélial est fait de cellules polygonales, ovoïdes, ou rondes, parfois fusiformes, à tendance basophile. Elles sont ordonnées en canaux ou disposées en amas compacts.

Comme le suggérerait le terme d'épithélioma à stroma remanié longtemps utilisé, le contingent épithélial d'un adénome pléomorphe est le seul élément à potentiel malin.

Quant au néo-stroma conjonctif "remanié", il est myxoïde, cartilagineux ou gélatiniforme différencié et il serait responsable de l'encapsulation des éléments épithéliaux, ce qui expliquerait la lenteur évolutive de ces tumeurs.

Cette substance cartilagineuse serait pour certains un cartilage vrai (Lucas R.B., Churchill, Livingstone); cette hypothèse se justifierait par la découverte dans ces plages cartilagineuses de chondroïtine sulfate A et B comme dans le cartilage vrai. Thackeray nie cependant cette théorie sans toutefois apporter des arguments pour la réfuter. Par ailleurs, la découverte des phosphatases alcalines dans le tissu tumoral (contrairement au parenchyme parotidien normal) a permis d'ouvrir des discussions histogénétiques.

Le problème histologique majeur réside dans l'encapsulation ou plutôt la pseudo-encapsulation de cette tumeur. Des effractions ou infiltrations d'éléments épithéliaux à travers cette fausse capsule peuvent se faire dans le parenchyme glandulaire sain, expliquant, sans doute, les récurrences après énucléation simple du nodule tumoral.

Ces greffes dans le parenchyme restant sain après énucléation simple ne signifient pas de manière formelle, une tendance à l'exacerbation de la malignité, mais semblent bien une caractéristique histologique de ces tumeurs.

Delarue s'est fait le défenseur de la théorie de la multifocalité des adénomes pléomorphes. Pour cet auteur, à côté du nodule tumoral cliniquement perceptible, au loin et au voisinage de ce nodule, existeraient de nombreux foyers épars, microscopiques, qui seraient à l'origine des récurrences locales après énucléation simple.

Dargent, par l'étude minutieuse de nombreuses pièces de parotidectomie quasi totales faites au Centre Léon Bérard, n'a pas retrouvé ces foyers disséminés, si ce n'est quelques foyers à contingent épithélial à proximité du nodule.

Nous verrons dans le chapitre traitement que la facilité de clivage du nodule tumoral correspond à une illusion thérapeutique. En effet, cette

facilité favorise non seulement la persistance mais surtout la greffe d'éléments tumoraux dans la glande restée.

3 - Evolution anatomique : Classiquement, l'adénome pléomorphe est considéré comme une tumeur d'évolution lente, progressive et continue, s'étalant sur plusieurs années.

Livrée à son évolution spontanée, l'adénome pléomorphe (initialement cliniquement bénin) se transforme au bout de nombreuses années et acquiert des signes de malignité patente.

- fixation en profondeur,
- ulcération cutanée,
- apparition d'adénopathies satellites,
- survenue d'une paralysie faciale.

Peu de travaux ont tenté de comparer l'évolution d'un adénome pléomorphe parotidien, livré à son évolution spontanée, jusqu'à la dégénérescence (au sens clinique du terme) et l'évolution de la même lésion soumise à la chirurgie.

D'après Alböhm, mais ceci sur un petit nombre de cas, le délai moyen de dégénérescence spontanée serait de 13 ans.

Livré à lui-même ou traité insuffisamment l'adénome pléomorphe présente un risque élevé de dégénérescence maligne.

Nous avons subdivisé notre étude des adénomes pléomorphes en :

- adénomes pléomorphes vierges,
- adénomes pléomorphes récidivés,
- carcinomes dans un adénome pléomorphe.

La confrontation de ces différents lots de malades, après en avoir donné les détails cliniques, histologiques et thérapeutiques, nous montrera la diversité des résultats enregistrés.

Notre matériel d'étude est le suivant :

	<u>Nombre de cas</u>
- adénomes pléomorphes vierges	77
- adénomes pléomorphes récidivés	32
- carcinomes dans un adénome pléomorphe	<u>9</u>
<u>Total</u>	118

III - LES ADENOMES PLEOMORPHES VIERGES

=====

La paternité de l'expression adénome pléomorphe vierge revient à Moyse. Ce terme aujourd'hui consacré, traduit l'absence de tout traumatisme chirurgical, quel qu'il soit, sur la tumeur. Il désigne les tumeurs de première main, dépourvues de signe clinique de malignité.

A - DONNES ETIOLOGIQUES

1 - Fréquence :

Les adénomes pléomorphes vierges représentent dans notre série 77 cas sur un total de 118 adénomes pléomorphes dégénérés ou non, soit 65,2%. Ils représentent 77 cas sur 109 en éliminant les carcinomes dans un adénome pléomorphe (qui, comme nous le verrons, posent des problèmes très différents), soit environ 70%. Par rapport à d'autres séries de la littérature, nos chiffres se situent au-dessous de la moyenne.

- 84% dans la série de J. Gaillard (thèse de D. Grégoire)
- 92% dans l'étude de André
- 79% dans la série de Pilheu

Ceci s'explique par notre recrutement en tumeurs récidivées, proportionnellement plus important que celui des autres auteurs.

2 - Age moyen :

A la première consultation, il se situe entre 30 et 50 ans dans notre série, avec la répartition suivante :

Age	10 à 30 ans	30 à 50 ans	50 à 70 ans	70 ans et plus
Nombre	16	37	23	1

En incluant les adénomes pléomorphes récidivés, et les carcinomes dans un adénome pléomorphe, on note que la population en fonction de l'âge, se répartit de manière équivalente soit :

Age	10 à 30 ans	30 à 50 ans	50 à 70 ans	70 ans et plus
Nombre	27	52	36	3

Il ressort des autres statistiques, une répartition selon l'âge très comparable avec pour :

- Spiro (Mémorial Hospital, New-York)

une moyenne entre 40 et 59 ans.

- Foote et Frazell :

une moyenne d'âge de 43 ans.

3 - Répartition selon les sexes

Elle est, sur les 77 adénomes pléomorphes vierges de 42 femmes et de 35 hommes, selon la répartition suivante.

Age	10 à 30 ans	30 à 50 ans	50 à 70 ans	70 ans et plus
Femmes	9	20	12	1
Hommes	7	17	11	0

Cependant si l'on considère la totalité des adénomes pléomorphes dégénérés ou non, on obtient une répartition très homogène dans les deux sexes :

Age	10 à 30 ans	30 à 50 ans	50 à 70 ans	70 ans et plus	Nombre Total
Femmes	13	28	17	3	61
Hommes	14	24	19	0	57

Dans les autres statistiques, la répartition est variable.

- Spiro (Memorial Hospital, New-York)

54 % de femmes

46 % d'hommes.

- Redon

61 % de femmes

39 % d'hommes.

La répartition selon les sexes ne peut être retenue comme un élément diagnostique.

B - ETUDE CLINIQUE

On a pu dire que l'adénome pléomorphe est une tumeur cliniquement bénigne, mais histologiquement ambigüe (Foulds le définissait comme une tumeur maligne à la phase de promotion).

L'examen clinique d'un adénome pléomorphe vierge ne permet pas de préjuger de sa nature histologique.

Il montre une lésion nodulaire plus ou moins bien délimitée, mobile ou enclavée derrière l'angle de la mâchoire, sans adhérence aux plans de voisinage.

Il ne permet pas de tracer une frontière précise entre le bénin et le malin.

On peut retenir en faveur de la bénignité de l'adénome pléomorphe les caractères suivants :

- la longue évolution antérieure,
- l'absence de signes fonctionnels,
- l'absence de signes de malignité franche (infiltration diffuse de la glande, adénopathies satellites ulcération maligne cutanée, parésie ou paralysie faciale).

Parfois la séméiologie de la tumeur est très évocatrice de l'adénome pléomorphe (en particulier la consistance).

Dans d'autres circonstances, le diagnostic différentiel, soit avec des lésions kystiques ou des lipomes, ou encore avec des lésions de malignité franche au stade précoce est quasi impossible.

La consistance très dure de la tumeur, le signe du ressaut sont évidemment caractéristiques; elle est moins évocatrice quand elle siège dans le lobe dit profond ou hyponeural, car recouverte d'une certaine épaisseur de tissu parotidien sain.

1 - Durée d'évolution avant le traitement

En fonction de la durée d'évolution avant traitement nous obtenons le tableau suivant.

Années	0 à 1 an	1 à 5 ans	5 à 10 ans	10 ans et plus	Total
Nombre	13	32	18	14	77

Dans notre série, la majeure partie des adénomes pléomorphes vierges ont été opérés entre 1 et 5 ans après l'apparition d'une tuméfaction.

Nous n'avons pu faire aucune corrélation entre le délai d'évolution spontanée de la tumeur avant la chirurgie, l'âge des patients et le temps d'observation sans récurrence. Il semble bien s'agir de tumeurs cliniquement bénignes ou tout au plus de tumeurs avec un potentiel d'évolution vers la malignité franche, qui ne se serait dévoilé qu'après de nombreuses années.

2 - Signes fonctionnels :

En faveur de l'adénome pléomorphe, l'examen clinique et la notion d'une longue évolution antérieure, paraissent bien plus importants à retenir que les signes fonctionnels qui sont rares.

La plupart du temps, l'adénome pléomorphe est indolore; sur 77 cas d'adénomes pléomorphes vierges, nous avons trouvé :

- 4 cas où des douleurs sont apparues ou se sont exacerbées au cours de périodes génitales précises (ces formes ont été appelées formes à synergie gonadosalivaire) :

. dans un cas, une jeune fille a vu naître un adénome pléomorphe douloureux au moment de la puberté,

. dans deux cas les douleurs étaient rythmées par les règles et dans

. un cas, les douleurs sont apparues au moment de la ménopause, dans une tumeur parotidienne jusque là indolore.

- on a pu retrouver également le cas d'un malade se plaignant de céphalées intenses qui ont cessé après l'exérèse chirurgicale de la tumeur parotidienne.

3 - Localisation de la tumeur

On peut s'étonner que la bibliographie à ce sujet soit si précise quant au siège de la tumeur dans telle ou telle partie de la glande. Il semble que cette extrême précision n'ait pu être apportée qu'à postériori (après l'acte chirurgical).

La tumeur est toujours plus profonde que ne le laisse supposer le simple examen clinique; cependant, dans nos observations d'adénomes pléomorphes vierges, deux grandes localisations ressortent et ceci avec la distribution suivante :

- pré-tragienne : 56 cas
- sous angulo-maxillaire et rétro-maxillaire : 20 cas

auxquelles on peut ajouter 1 cas de localisation jugale. Nous n'avons noté aucune localisation bilatérale concomitante.

Il va de soi que l'examen clinique devra être complet, comprendre le toucher endo-buccal et rechercher les localisations rares et aberrantes.

4 - Taille

Voici un domaine où les observations cliniques abondent en comparai-
sons déterminant de façon plus ou moins précises le volume du nodule tumoral.

Nous avons regroupé les différentes appréciations de taille en cinq catégories.

Taille	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm	6 cm	Total
Nombre	4	15	31	18	7	75

auxquelles viennent s'ajouter deux tumeurs classées diffuses, donc dans la portion profonde de la glande et où la tumeur s'isolait mal du reste du paren-
chyme glandulaire.

Le tout se regroupe en :

73 tumeurs cliniquement superficielles et

4 tumeurs cliniquement profondes.

5 - Mobilité

Sur les 77 cas considérés, 22 cas ont paru au clinicien, parfaitement mobiles.

Dans ces 22 cas, la taille correspondait à une noix (3cm) et les tumeurs étaient développées au dépens du lobe épineural.

6 - Consistance

Sur les 77 adénomes pléomorphes vierges :

- 22 étaient de consistance dure et caractéristique, avec signe de Nélaton, (ressaut cartilagineux sur le rebord osseux maxillaire).
- 7 présentaient une consistance kystique et rénittente.
- 1 évoquait un lipome par sa consistance mollassse.

Les autres consistances n'étaient pas mentionnées.

En somme :

Dans la plupart des cas, les signes cliniques permettent d'orienter le diagnostic en faveur d'un adénome pléomorphe.

Il n'en reste pas moins que l'examen clinique est très pauvre.

Devant toute masse parotidienne, l'indication chirurgicale est formelle, pour le moins à titre diagnostique.

C - TRAITEMENT DES ADENOMES PLEOMORPHES VIERGES

Nous disposons de 77 observations d'adénomes pléomorphes vierges, suivis sans récurrence pendant au moins 5 ans.

Les traitements ont été les suivants :

Traitement	Nombre de malades	Suivis plus de 5 ans sans récurrence
Parotidectomie totale conservatrice	74	74
Chirurgie partielle	1	1
Chirurgie partielle + Radiothérapie	2	2
Total	77	77

Ont été pratiquées au Centre Léon Bérard :

- 74 parotidectomies totales conservatrices du Facial

Nous avons suivi 3 malades venus consulter tardivement après le traitement initial entrepris ailleurs :

. l'un avait subi :

une chirurgie partielle d'énucleorésection. Il a été revu sans récurrence entre 10 et 20 ans après.

. les deux autres ont eu :

une chirurgie partielle d'énucleorésection suivie d'irradiation de l'aire parotidienne.

L'un a été revu sans récurrence à plus de 20 ans.

L'autre a été revu sans récurrence entre 10 et 20 ans.

Sur les 74 parotidectomies totales conservatrices :

1) 35 malades ont été opérés il y a plus de 20 ans (période de 1945 à 1957)

Les temps de surveillance sans récurrence se résument ainsi :

Période	Revus sans récurrence	Perdus de vue	Mort intercurrente	Total
plus de 20 ans	6	28	1	35
10 à 20 ans	31	3		35
5 à 10 ans	34	0		35

- 1 malade est mort de cause intercurrente à 2 mois,
- 3 malades ont été perdus de vue entre 10 et 20 ans,
- 28 malades ont été perdus de vue à plus de 20 ans.

2) 33 malades ont été opérés de 1957 à 1968 (il y a 10 à 20 ans).

Pour les 33 malades, les temps de surveillance sans récurrence se résument ainsi :

Période	Revus sans récurrence	Perdus de vue	Mort intercurrente	Total
10 à 20 ans	22	8	3	33
5 à 10 ans	30	0		33

- 8 malades ont été perdus de vue entre 10 et 20 ans,
- 3 malades sont morts à moins de 5 ans :

- . 1 d'un néo du sein,
- . 1 d'un accident de voiture,
- . 1 de cause indéterminée.

3) 9 malades ont été opérés il y a 5 et 10 ans (1968 à 1972). Tous ont été revus sans récurrences.

- Sur 73 malades, compte tenu que 4 malades sont morts de cause intercurrentes, tous ont été revus sans récurrence entre 5 et 10 ans; 53 d'entre eux ont été revus sans récurrence entre 10 et 20 ans après le traitement initial, les autres ayant été perdus de vue.

Ce groupe de malades suivis sans récurrence, nous fournit un lot de référence en comparaison du lot de malades qui nous a été adressé pour récurrence locale.

IV - LES ADENOMES PLEOMORPHES RECIDIVES

=====

Ici se situe le problème fondamental de l'étude des adénomes pléomorphes.

Aussi, nous essaierons d'en donner le reflet le plus exact possible, au vu de l'éventail des attitudes thérapeutiques qui ont été opposées aux récidives.

Redon dans sa monographie, n'hésite pas à écrire que : "Le terme de récidive ne doit plus être employé qu'exceptionnellement dans le cas des épithélioma à stroma remanié de la parotide : ce terme n'est qu'une excuse et la mauvaise excuse d'une intervention insuffisante."

Cet auteur cite à l'appui de cette affirmation, un pourcentage de 98,5% des guérisons à 5 ans sur une statistique importante comportant l'étude de 620 adénomes pléomorphes, traités par parotidectomie totale conservatrice.

A - NOTRE STATISTIQUE

Nous disposons de 32 observations d'adénomes pléomorphes récidivés.

La population, en fonction de l'âge et du sexe des malades au moment de la récidive se définit ainsi :

Age	Femmes	Hommes	Total
10 à 30 ans	4	6	10
30 à 50 ans	8	7	15
50 à 70 ans	3	3	6
70 ans et plus	1	0	1
Total	16	16	32

Le diagnostic histologique initial, avec absence de foyers carcinomateux a pu être reprécisé par la lecture des lames faites à l'occasion du premier traitement et que nous avons vérifiées lorsque les malades nous ont été adressés pour une récurrence.

La répartition est égale entre les hommes et les femmes, le plus grand nombre est observé avant 50 ans. Mais les récurrences étant souvent tardives, le début de la maladie correspond à un âge plus jeune.

Toutes ces récurrences ont été observées chez des malades qui présentaient, de première intention, un adénome pléomorphe pouvant correspondre sans difficulté à une parotidectomie totale conservatrice du Facial.

Ces récurrences répondent histologiquement à deux ordres différents :

- soit elles sont à nouveau des adénomes pléomorphes classiques.

- soit elles correspondent à des adénomes pléomorphes avec des signes de dégénérescence maligne manifeste.

Sur 32 récurrences nous avons :

- . 21 adénomes pléomorphes récidivés sans dégénérer,
- . 11 adénomes pléomorphes récidivés en dégénérant.

1) Récurrences non dégénérées.

Sur 21 adénomes pléomorphes récidivés sans signe clinique ni preuve histologique de malignité :

a) 2 malades avaient été opérés au Centre Léon Bérard et avaient subi une parotidectomie la plus totale possible avec conservation du Facial. Ces récurrences ont été traitées par exérèse chirurgicale suivie d'irradiation aux électrons.

- le premier a récidivé au bout de 7 ans et est actuellement sans récurrence un an après.

- le second au bout de 18 ans et est actuellement sans récurrence 12 ans après.

b) 19 malades avaient été traités en dehors du Centre Léon Bérard et avaient subi une chirurgie première partielle, associée ou non à une irradiation.

Cette chirurgie partielle correspond à une énucléorésection, sans repérage du Facial.

Traitement initial :

Chirurgie partielle	17
Chirurgie partielle + irradiation	2

Certains malades nous ont été adressés à l'occasion de la première récurrence, d'autres après deux récurrences.

(la seconde récurrence ayant été traitée à nouveau par chirurgie parcimonieuse, couplée ou non à une irradiation de l'aire parotidienne).

Les résultats obtenus sont différents :

- en fonction des dates d'apparition de la première récurrence.
- en fonction du traitement appliqué à cette récurrence.

a) en fonction de la date d'apparition de la récurrence :

1) Nous disposons de 4 observations de malades qui nous ont été adressés pour une récurrence précoce, à moins d'un an; récurrence, ou plutôt continuation d'évolution.

Ces 4 malades ont subi une parotidectomie totale avec conservation du Facial et sont suivis sans récurrence entre 10 et 20 ans, à partir de la chirurgie sur la récurrence.

2) 8 malades ont récidivé entre 1 et 5 ans :

- 5 ont été traités par parotidectomie totale conservatrice du Facial.
- 3 ont été traités en dehors du Centre Léon Bérard par une nouvelle exérèse limitée.

Tous ont récidivé à nouveau, quel que soit le type de chirurgie sur la première récidive.

chirurgie de la première récidive		date d'apparition de la deuxième récidive		
		moins de 5 ans	5 à 10 ans	plus de 10 ans
Parotidectomie conservatrice	5	2	2	1
Parotidectomie partielle	3	1	1	1

Pour les malades ayant subi une parotidectomie conservatrice lors de la première récidive, la deuxième récidive a été traitée par exérèse chirurgicale, associée ou non aux électrons, ainsi que la troisième récidive.

Date d'apparition de la 2ème récidive (après traitement de la première par parotidectomie totale)	Délai d'apparition de la 3ème récidive (après traitement de la deuxième)	Surveillance sans récidive (après la dernière récidive)
3 ans	2 ans	1 an
4 ans		perdu de vue à moins de 5 ans
plus de 5 ans	2 ans	entre 5 et 10 ans
6 ans	4 ans	moins de 5 ans
plus de 10ans		perdu de vue à moins de 5 ans

Trois malades ont subi une chirurgie partielle lors de la première récidive et leur histoire se résume ainsi :

Délai d'apparition de la 2ème récidive (après traitement de la 1ère)	Traitement de la 2ème récidive	Délai d'apparition de la 3ème récidive	Traitement de la 3ème récidive	Surveillance sans récidive (depuis dernière récidive)
5 ans	partielle	8 ans	parotidectomie conservatrice	entre 10 et 20 ans
7 ans	exérèse + irradiation			entre 5 et 10 ans
21 ans	parotidectomie conservatrice			11 ans

Tous les malades ont récidivé à nouveau, mais aucune récidive n'était dégénérée.

3) 5 malades ont récidivé entre 5 et 10 ans :

- 3 malades ont été traités par parotidectomie (2 conservatrices du VII et une élargie pour récidive importante).

. 2 malades sont suivis entre 5 et 10 ans sans récidive.

. 1 malade (la parotidectomie totale élargie) est suivi entre 10 et 20 ans sans récidive.

- 2 ont été traités par chirurgie partielle : ils ont à nouveau récidivé.

Délai d'apparition de la 2ème récurrence	Traitement	Délai d'apparition de la 3ème récurrence	Traitement	Suivis sans récurrence (depuis toute dernière récurrence)
4 ans	Parotidectomie conservatrice	2 ans	Exérèse + électrons	entre 5 et 10 ans
4 ans	Parotidectomie partielle	7 ans	Parotidecto- mie conser- vatrice	entre 10 et 20 ans

4) 2 malades ont récidivé à plus de 10 ans : ils ont été traités par parotidectomie totale conservatrice et sont suivis depuis sans récurrence entre 10 et 20 ans.

b) en fonction de la chirurgie que l'on oppose à la première récurrence :

Sur l'ensemble des adénomes pléomorphes qui ont récidivé sans dégénérer, après une chirurgie première incomplète (19 cas),

- sans tenir compte de l'intervalle écoulé entre cette chirurgie et l'apparition de la récurrence,

- on peut dire que :

La parotidectomie totale (conservatrice dans 13 cas, élargie dans 1 cas), met plus à l'abri d'une deuxième récurrence, qu'une chirurgie de nouveau partielle, dans les proportions indiquées par le tableau :

Type de chirurgie	Nombre de malades	Malades revus à 5 ans	Récurrences à 5 ans	Revus 5 à 10 ans	Récurrences 5 à 10 ans
Chirurgie totale	14	14	2	14	4
Chirurgie Partielle	5	5	2	5	4

ou encore :

nouvelle récurrence Intervention	à 5 ans	à 10 ans
Parotidectomie vraie	2/14	4/14
Chirurgie partielle	2/5	4/5

Mais avec les réserves suivantes dans notre série :

Les malades avec récurrences apparues entre 1 et 5 ans après chirurgie partielle première, traités par parotidectomie totale conservatrice (5 cas), ont à nouveau récidivés :

- . à moins de 5 ans dans 2 cas.
- . et tous à 10 ans et plus.

Date d'apparition de la 1ère récurrence		moins d'1 an	1 à 5 ans	5 à 10 ans	plus de 10 ans
Nombre de malades		4	5	3	2
Suivis sans récurrence	moins de 5 ans	4	3	3	2
	5 à 10 ans	4	1	3	2
	10 à 20 ans	4		1	2
Date de la 2ème récurrence	moins de 5 ans		2		
	5 à 10 ans		2		
	10 à 20 ans		1		

Il est curieux de noter que les seuls malades qui ont échappé à la parotidectomie totale conservatrice de rattrapage après chirurgie partielle, soient ceux qui, dans notre série, ont vu leur première récurrence apparaître dans la période située entre 1 et 5 ans.

2 - Récurrences "dégénérées"

Nous disposons de 11 observations. Il faut signaler que tous les malades avaient été traités antérieurement par chirurgie parcimonieuse (1 cas associé à la radiothérapie). Les survies sont fonction du stade clinique où les malades sont vus. Les seuls survivants sont les malades qui présentaient des tumeurs traitables par parotidectomie totale conservatrice dans des conditions carcinologiques correctes et qui étaient indemnes de métastases ganglionnaires cervicales. Une irradiation aux hautes énergies de l'aire parotidienne a été systématiquement associée à la chirurgie.

Les malades qui n'ont pas survécu ont été vus à des stades avancés. Ils ont été traités, soit par chirurgie élargie associée à l'irradiation, soit par irradiation seule, après simple biopsie, les lésions étant inextirpables.

Les délais entre le traitement primitif et la récurrence carcinomateuse sont variables et s'échelonnent de 2 à 27 ans.

Le type histologique de la dégénérescence correspondait toujours à des formes de malignité élevée, qu'il s'agisse d'adénocarcinomes, de carcinomes épidermoïdes ou anaplasiques.

L'aspect pléomorphe avait complètement disparu.

3 malades seulement survivent à plus de 5 ans, les 8 autres sont morts d'évolution loco régionale (dont un avec des métastases pulmonaires).

Délai entre le 1er traitement et la récurrence dégénérée	S u r v i e depuis le dernier traitement		S u r v i e depuis le premier traitement	
	morts	vivants sans récurrence	morts	vivants sans récurrence
27 ans	1		28	
23 ans	2		25	
20 ans	0		20	
19 ans	2		21	
11 ans		16		27
8 ans		8		16
8 ans		12 perdus de vue		20
7 ans	1		8	
5 ans	2		7	
3 ans	4		7	
2 ans	0		2	

ADENOMES PLEOMORPHES RECIDIVES EN DEGENERANT (11 CAS)

CAS PARTICULIER DES CARCINOMES

DANS UN ADÉNOME PLEOMORPHE

- CARCINOMES DANS UN ADENOME PLEOMORPHE

=====

Nous avons 9 observations de carcinomes dans un adénome pléomorphe.

Nous désignons sous ce terme :

a) d'un point de vue anatomo-pathologique, des tumeurs où se juxtaposent sur les coupes des aspects d'adénome pléomorphe et des plages de malignité franche, avec signes d'envahissement et anomalies cytologiques propres au carcinome.

b) d'un point de vue clinique, des tumeurs vierges.

Nous avons étudié dans le chapitre précédent, les récides dites "dégénérées", sur un mode carcinomateux, des adénomes pléomorphes. Il nous semble qu'il faille distinguer ces récides carcinomateuses des carcinomes dans un adénome pléomorphe.

De nombreuses discussions pathogéniques ont opposé les auteurs.

Pour certains, des interventions itératives et insuffisantes, feraient dévier l'adénome pléomorphe vers le carcinome parotidien.

Pour la majorité des auteurs, la dégénérescence ne serait pas modifiée par les interventions pour récides (Krolls, Redon).

De toute façon, pour éviter toute ambiguïté, nous ne retenons sous l'appellation de carcinome dans un adénome pléomorphe que des tumeurs vierges de tout traumatisme.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent, nous penchons pour l'idée qu'une thérapeutique chirurgicale insuffisante (énucléation simple) pourrait prendre une part de responsabilité dans la transformation carcinomateuse

d'un adénome pléomorphe (exarcerbation de la malignité des foyers restants qui trouvent un gîte de reproduction dans le parenchyme resté).

A - INCIDENCE

Les carcinomes dans un adénome pléomorphe représentent selon notre critère et dans notre série un pourcentage de 7,5% des adénomes pléomorphes de notre étude (9/118).

Les autres auteurs ont des chiffres plus élevés. Ils associent récidives carcinomateuses d'un adénome pléomorphe et carcinome dans un adénome pléomorphe.

- Gaillard (Thèse de D. Grégoire 1975) rapporte sur un total de 132 cas, 6 cas classés comme carcinomes dans un adénome pléomorphe et représentant alors 4,5%. En fait, selon nos critères : 2 cas sur 132 soit 1,4%.

- Foote et Frazell rapportent un total de 46/493, soit 9,3% de leurs adénomes pléomorphes.

- Patey et Wyatt les estiment à environ 7%.

- Bécache en trouve 7% (Thèse sur les malades de l'Institut G.Roussy).

1 - Age de survenue

Il s'agit le plus souvent de malades âgés. Dans notre série, la moyenne se situe entre 50 et 70 ans.

Age	10 à 30 ans	50 à 70 ans	plus de 70 cas
Nombre	1	7	1

2 - Délai d'évolution avant le traitement

Les délais d'évolution de la tumeur avant la chirurgie sont respectivement de :

1 mois, 6 mois, 18 mois, 18 mois, 5 ans, 9 ans, 28 ans.
et deux non précisés.

Ces délais sont sans rapport avec la survie.

On peut imaginer que la dégénérescence hautement maligne s'est faite sur de très longues années, prenant une expression clinique tardive et explosive.

Toutefois, sur nos 9 cas, 5 malades sur 7 (compte tenu que deux délais d'évolution avant le traitement n'ont pu être précisés), ont vu leur adénome pléomorphe prendre une expression hautement maligne à moins de 5 ans.

Ceci est un argument de plus pour faire de ces carcinomes une entité anatomoclinique et les distinguer des récidives dégénérées d'un adénome pléomorphe.

B - MICROSCOPIE

Histologiquement, ces tumeurs sont de deux types :

- soit, il s'agit d'une tumeur dont l'examen histologique permet d'identifier dans le tissu carcinomateux des vestiges d'un adénome pléomorphe.

- soit, il s'agit d'un adénome pléomorphe à l'intérieur duquel les coupes successives décèlent une zone plus ou moins importante de caractère franchement malin (croissance envahissante et altération cytologique).

C - ETUDE CLINIQUE

La clinique se superpose à l'histologie :

- soit, on a l'impression d'être en présence d'un adénome pléomorphe. La présence d'un foyer carcinomateux dans la pièce n'étant alors mise en évidence que par l'étude microscopique.
- soit, la clinique se caractérise par la survenue de critères de malignité qui viennent s'adjoindre à la tuméfaction.
 - . augmentation de volume récente,
 - . adénopathies palpables,
 - . douleur,
 - . fixation,
 - . paralysie faciale,
 - . atteinte osseuse, maxillaire (branche montante mastoïdienne)

D - TRAITEMENT

Les malades ont tous été opérés par :

- . parotidectomie conservatrice : 2 cas
- . parotidectomie totale : 4 cas
- . parotidectomie élargie : 2 cas
- . intervention partielle car impossibilité d'extirpation : 1 cas

Interventions	Parotidectomie totale + Irradiation	Parotidectomie totale élargie + Irradiation	Parotidectomie partielle + Irradiation	Parotidectomie conservatrice + Irradiation
9	4	2	1	2

Tous ont été irradiés.

3 malades présentaient des ganglions de la chaîne sous diagnostique envahis et ils ont donc subi un curage jugulo-carotidien non conservateur et une irradiation cervicale complémentaire.

E - RESULTATS

- 1 malade est mort en post-opératoire.
- 5 malades sont morts d'évolution loco-régionale :
 - . 3 à moins d'un an,
 - . 1 à 2 ans,
 - . 1 à 6 ans.
- 1 malade ayant subi une chirurgie élargie associée à une irradiation, a récidivé à 3 ans; il a été traité par une nouvelle exérèse et il est mort 10 ans après, sans récurrence, d'un cancer de la vessie.
- 1 malade présentait un adénome pléomorphe avec un contingent épithéliomateux minime à l'âge de 25 ans. Traité par parotidectomie totale conservatrice associée à l'irradiation, il a récidivé 27 ans après et nous avons pratiqué une exérèse large il y a 1 an, à nouveau conservatrice du nerf facial.

Fait curieux :

La pièce étudiée en entier ne contient que des aspects histologiques d'adénome pléomorphe sans aucun contingent carcinomateux.

F - SURVIES

Notre étude montre que les survies sont fonction du stade clinique correspondant à une infiltration carcinomateuse plus ou moins importante de la glande (avec ou sans greffe dans les ganglions jugulo-carotidiens).

Les deux malades vivants à 7 et à 28 ans, ont subi une parotidectomie qui a pu conserver le nerf facial et le contingent carcinomateux a été une découverte à l'étude histologique de la pièce.

COMMENTAIRES :

Dans une étude récente (1977) portant sur 107 cas de "tumeurs mixtes malignes" parotidiennes, Spiro, Andrew, Huvos (Memorial Hospital, New York) présentent 52 cas de carcinomes dans un adénome pléomorphe selon nos critères, c'est-à-dire des tumeurs vierges (les autres cas étant des récives dégénérées d'adénome pléomorphe).

Ils insistent sur le fait que dans 52 cas (la moitié) les tumeurs étaient apparues depuis 2 ans au moins (et seulement 20% depuis plus de 20 ans).

Il est peu vraisemblable d'imaginer dans ces cas, qu'une tumeur bénigne pré existante ait pu passer inaperçue pendant de longues années.

Ils envisagent, comme nous, que les carcinomes dans un adénome pléomorphe puissent survenir "de novo", dans certaines circonstances, sans qu'il y ait dérivation exclusive d'un adénome pléomorphe bénin vers le carcinome parotidien.

Leurs survies sont de 40% à 5 ans et de 24% à 10 ans.

Dans notre série, nous avons 4 malades sur 8 vivants à 5 ans et 2 malades sur 7 vivants à 10 ans.

CONSIDERATIONS SUR LES ADENOMES PLEOMORPHES

Il ressort de nos observations que la position soutenue en 1935 par Ahlböm n'est pas défendable. Celui-ci estimait qu'il n'y a pas de différence significative entre le délai de transformation carcinomateuse d'un adénome pléomorphe non opéré et celui d'un adénome pléomorphe opéré plusieurs fois par chirurgie limitée.

Il pensait donc que les récurrences répétées d'un adénome pléomorphe conservaient très longtemps le même type histologique de malignité. L'étude de nos observations infirme cette position.

I - DEVANT UN ADENOME PLEOMORPHE VIERGE,

=====

la seule indication thérapeutique est la parotidectomie la plus totale possible, conservatrice du facial.

Elle seule permet la guérison définitive de la majorité des malades.

Dans notre série, sur :

76 parotidectomies totales conservatrices, nous avons à déplorer : 2 récurrences locales tardives (2,5%).

On peut expliquer les échecs de la parotidectomie totale conservatrice pour adénome pléomorphe vierge de deux manières :

- par des caractères histologiques : on a retrouvé sur les lames dans les deux cas, un fort contingent épithélial et une capsule déhiscente avec une amorce d'invasion du conjonctif voisin sans qu'il y ait cependant d'argument cytologique pour étayer une malignité vraie.

- on peut imaginer que dans un pourcentage inférieur à 5% des cas, la parotidectomie totale conservatrice, par le jeu de morcellement de la glande, (en vue de conserver le Facial) explique ces échecs.

En effet, cette intervention qui a pour impératif la conservation du Facial, fait peut être courrir au malade le risque de laisser en place un foyer glandulaire parotidien, porteur d'une plage microscopique d'adénome pléomorphe qui se dévoilera ultérieurement sous forme de récidence.

Ceci vient confirmer la théorie de la multifocalité Delarue avec présence de foyers épars dans tout le parenchyme glandulaire.

Mais à cette explication anatomique, nous préférons une explication biologique, soutenue par Dargent, à savoir, une suractivation de vitalité des foyers restants, s'ils trouvent du "parenchyme hôte" pour les accueillir.

Le risque de récidence sur adénome pléomorphe vierge après parotidectomie totale conservatrice du Facial existe dans la proportion suivante selon les auteurs :

	à moins de 5 ans	à plus de 5 ans
notre statistique	0 %	2,5 %
Statistique de Redon	0 %	1,5 %
Gaillard (thèse Grégoire)	0,9 %	
Leroux-Robert	1 %	2 %
Foote et Frazelle		4,8 %

Le risque de récidence varie donc de 0 à près de 5%.

Ce risque est acceptable pour 2 raisons :

- 1'une d'ordre fonctionnel : la conservation du Facial , capitale pour le bien être du malade.
- 1'autre d'ordre statistique, vu le très faible pourcentage du risque.

D'autant plus que la récurrence, si elle survient après parotidectomie totale conservatrice reproduit l'histologie primitive et est curable par une nouvelle exérèse qu'on associera par sécurité à l'irradiation aux électrons.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'auteurs décrivant des récurrences avec histologie maligne franche, après parotidectomie totale conservatrice pour adénome pléomorphe vierge.

Quant aux délais de survenue des récurrences, quand elles existent, la littérature est imprécise et les situe entre quelques semaines et 10 ans (Dargent). Dans nos observations, nos deux cas de récurrence sont tardifs, l'un à 7 ans, l'autre à 18 ans.

II - LE PROBLEME DES RECIDIVES APRES CHIRURGIE LIMITEE EST TOUT A FAIT DIFFERENT

=====

Si nous avons noté deux récurrences sur 76 cas de parotidectomie totale conservatrice, nous déplorons 30 récurrences sur 33 cas de malades traités par chirurgie partielle.

Nous avons pu suivre 3 malades traités ailleurs par chirurgie partielle pour adénome pléomorphe dont deux associées à l'irradiation, qui n'ont pas récidivé.

Nous ne pouvons tirer d'arguments statistiques de notre série vis à vis des récurrences après chirurgie partielle étant donné que nous n'avons jamais pratiqué de chirurgie partielle. Tous les malades de notre série d'adénomes pléomorphes récidivés avaient été traités ailleurs (sauf nos 2 cas après PTC).

Il en est de même pour la majorité des auteurs qui se sont intéressés aux adénomes pléomorphes. Redon estime que la réalisation des parotidectomies totales a fait passer dans les adénomes pléomorphes vierges, le pourcentage de récurrences, d'une moyenne de 33% à 1,5% sur une période de surveillance de 5 à 10 ans.

Nous avons retrouvé dans la littérature seulement deux auteurs qui associent l'excision locale et la radiothérapie. (Lucas et Livingstone). Ils estimaient en 1967 par cette méthode, la fréquence de leurs récurrences entre 25 et 50%. Nous ne reviendrons pas sur les explications histogénétiques qui ont été proposées pour expliquer les récurrences après chirurgie d'énucleo-résection.

Il faut bien s'entendre sur le terme de récurrence :

a) Les récurrences vues dans la première année, après chirurgie partielle doivent être considérées comme des continuations d'évolution, avec des caractères cliniques particuliers.

Dargent avait déjà signalé ce fait. Elles siègent au voisinage ou dans la cicatrice opératoire, sont diffuses et peu mobiles.

Les continuations d'évolution, dans notre série, semblent pouvoir être guéries par parotidectomie totale conservatrice (nos 4 malades sont guéris entre 10 et 20 ans).

Ceci se rapproche de l'attitude de principe, préconisée par Redon et Dargent :

après énucléation d'un adénome pléomorphe, ces deux auteurs pratiquaient précocement une parotidectomie totale conservatrice prophylactique, de manière à extirper les foyers susceptibles de récidiver.

b) Il n'en est pas de même des malades qui ont récidivé après chirurgie partielle entre 1 et 5 ans.

Qu'ils aient été traités à nouveau par chirurgie partielle (en dehors du Centre) ou par parotidectomie totale conservatrice, ils ont à nouveau récidivé une deuxième fois (8/8) et une troisième fois (4/8).

Toutes les récurrences ont reproduit l'histologie primitive et ont pu être traitées par une nouvelle exérèse.

La survie globale n'est pas affectée.

Pour nos 8 cas, à compter du traitement de la première récurrence, elle se résume ainsi :

- 2 malades sont perdus de vue sans récurrence à 8 ans et 14 ans,
- les autres malades ont été revus sans récurrence à la dernière consultation :
 - . à 6 ans,
 - . à 10 ans,
 - . à 13 ans,
 - . à 15 ans,
 - . à 25 ans,
 - . à 32 ans.

c) Par contre, les récurrences survenant à partir de la cinquième année, présentent des caractères cliniques et pronostiques d'adénome pléomorphe "de novo", et la parotidectomie totale les guérit.

Dans notre série, sur 7 malades qui nous ont été adressés pour récurrence à 5 ans après chirurgie partielle primitive :

5 ont été traités par parotidectomie totale
(dont une, non conservatrice).

- . 3 sont sans récurrence entre 10 et 20 ans
- . 2 sont sans récurrence entre 5 et 10 ans.

Dans les cas d'adénomes pléomorphes traités primitivement par énucléo-résection et récidivés tardivement, la parotidectomie totale conservatrice met à l'abri d'une nouvelle récurrence. Dans ces cas, l'adénome pléomorphe récidivé se comporte comme une tumeur autonome.

III - Mais surtout, le risque majeur que fait encourir la chirurgie partielle au malade, est la transformation carcinomateuse de l'adénome pléomorphe récidivé.

On peut évaluer ce risque dans notre série à 33% (11 cas sur 33 cas de chirurgie partielle), ceci sans vouloir dire que 33% des adénomes pléomorphes traités par chirurgie partielle (peut-être encore par certains chirurgiens) vont devenir des tumeurs à haute malignité.

Dans notre série, la transformation en tumeur maligne franche se fait dès la première récurrence et les délais de transformation carcinomateuse sont variables (de 2 à 27 ans - en moyenne plus de 13 ans).

Nous ne reviendrons pas sur les résultats péjoratifs obtenus dans les cas d'adénomes pléomorphes récidivés en dégénérant de manière hautement maligne.

La chirurgie d'énucléo-résection dans l'adénome pléomorphe est à proscrire formellement pour éviter :

- la continuation d'évolution,
- la transformation de la cinétique de prolifération des éléments épithéliaux qui acquièrent ainsi un nouveau potentiel évolutif.
- et surtout le passage de la phase d'initiation de ces tumeurs à la phase de promotion, jusqu'à devenir brusquement, après un long délai, d'authentiques cancers épithéliaux parotidiens avec des possibilités thérapeutiques incertaines.

Si l'adénome pléomorphe a été qualifié de "tumeur mystérieuse" (Mac Farland) c'est qu'il représente un paradoxe :

- anatomoclinique :
 - . cliniquement bénin
 - . histologiquement ambigu.

- thérapeutique :

- . c'est une tumeur dont le pronostic est sous la dépendance d'une indication chirurgicale rigoureuse.
- . à défaut de celle-ci, le chirurgien qui pratique une exérèse limitée fait courrir un risque parfois vital au malade.

L'essentiel est de tout faire pour ne pas mettre la tumeur à même de récidiver, ce qui expose le patient à de nouvelles récives,

à des interventions de plus en plus dangereuses pour son nerf facial et

à un risque non négligeable de cancérisation.

La méthode la plus efficace pour ce faire est la parotidectomie la plus totale possible, conservatrice du Facial.

- oOo -

TUMEURS CLASSEES COMME DE MALIGNITE INTERMEDIAIRE

Carcinomes adénoïdes kystiques

Tumeurs Muco-épidermoïdes

CARCINOMES ADENOIDES KYSTIQUES

=====

Appelées d'abord basaliomes par Ahlböm puis adénocarcinomes type cylindrome par Quattlebaum, puis cylindromes par la majorité des auteurs, ces tumeurs ont pris le nom définitif de carcinomes adénoïdes kystiques, à la suite des travaux de Hewing.

Longtemps considérées comme bénignes, ces tumeurs d'apparence cribriforme, ont tendance à récidiver et à donner des métastases après excision simple.

Elles apparaissent aujourd'hui comme typiquement infiltrantes avec tendance à progresser le long des gaines nerveuses. L'encapsulation incomplète, leur caractère infiltratif neurotrope entraînant des douleurs les distinguent des adénomes pléomorphes auxquels elles ressemblent macroscopiquement.

Bien traitées, elles ont un meilleur pronostic que les adénocarcinomes, ce qui a justifié dans notre étude leur classement dans une catégorie intermédiaire de tumeurs à malignité moyenne.

1 - MACROSCOPIE

Ces tumeurs ressemblent macroscopiquement aux adénomes pléomorphes : le nodule est généralement unique, ferme. A la coupe :

la couleur apparaît gris blanchâtre, l'aspect est homogène avec parfois trabeculation hyaline.

2 - HISTOLOGIE

Cette tumeur cribriforme présente deux types de cellules :

- cellules de revêtement canaliculaires et
- cellules myoépithéliales.

L'architecture en pseudo canalicules ou en plages de cellules myoépithéliales, orientées autour d'espaces kystiques, donne à la tumeur un aspect cribriforme. Les structures pseudo canalaire contiennent un matériel éosinophile PAS + Thackeray, les petits kystes rencontrés seraient la dilatation de ces canalicules.

Quant aux cellules myoépithéliales, elles sont groupées en amas, et entourées d'une substance mucoïde basophile que Billroth a appelé "corps oviforme". Donc, l'architecture peut prendre des dispositions différentes, mais présente toujours un aspect cribriforme caractéristique.

3 - FREQUENCE

Ces tumeurs représentent 10 observations soit 3,8% dans notre statistique. Dans la littérature, on en trouve :

- 6 cas sur 186 cas de T. correspondant à notre étude dans la série de Gaillard (Thèse Grégoire, 1975)
- 5,8% dans la série de Rosenfeld 1966
- 14,6% dans la série de Eneroth 1964.

4 - ETUDE CLINIQUE

Ces tumeurs apparaissent dans la seconde moitié de la vie. La répartition en fonction de l'âge et du sexe est :

Age	Hommes	Femmes
10 à 30 ans	0	0
30 à 50 ans	2	2
50 à 70 ans	3	1
70 ans et plus	0	2
Total	5	5

Nous ne retrouvons pas sur nos 10 cas, la prédominance féminine rapportée par un grand nombre d'auteurs.

La douleur, sourde et continue, qui est classique dans les carcinomes adénoïdes kystiques, n'a été retrouvée que dans 2 observations sur 10.

Deux malades présentaient une parésie faciale.

Une ulcération cutanée maligne a été retrouvée dans 1 cas.

La consistance de ces tumeurs étaient uniformément ferme, ressemblant à celle de l'adénome pléomorphe.

La tumeur paraissait fixée dans 1 cas.

Un malade présentait des adénopathies cervicales qui ont fait l'objet d'un curage.

Ces adénopathies étaient purement inflammatoires sans signe d'envahissement histologique.

5 - TRAITEMENT ET RESULTATS

Les 10 malades ont été opérés.

- 3 malades ont été opérés ailleurs par chirurgie partielle : tous ont récidivés:

. l'un a continué à évoluer. Il nous a été adressé 3 mois après la chirurgie incomplète. Nous avons pratiqué une parotidectomie totale élargie, les lésions étant importantes et infiltrant la peau et les plans osseux. Il est mort au bout de 6 ans de métastases pulmonaires.

. un autre a récidivé à 8 ans : il a eu ensuite une parotidectomie totale élargie associée à une irradiation. Il est mort 12 ans après sa première intervention, de métastases cérébrales.

. Le troisième a récidivé après 20 ans. Nous avons pratiqué une parotidectomie totale conservatrice; des récidives annuelles, sur une dizaine d'années, sont apparues, traitées chaque fois par exérèse et irradiation. Le malade a vécu 34 ans après la première chirurgie partielle.

- 7 malades ont été vus de première intention :

. un malade qui a été vu à un stade avancé, a subi une parotidectomie totale élargie plus radiothérapie.

Il est mort un an après de cause intercurrente.

. 6 malades ont été vus à des stades de "tumeurs encloses". Ils ont subi des parotidectomies totales conservatrices, dont une a été associée à la radiothérapie, et une à un curage ganglionnaire qui s'est révélé négatif :

1 est mort à 4 ans, de métastases cérébrales et pulmonaires.

1 était vivant à 3 ans, sans récidive, puis perdu de vue.

1 était vivant à 4 ans, sans récidive, puis perdu de vue.

1 est vivant à 6 ans, sans récidive.

1 est vivant à 15 ans, sans récidive.

1 est vivant à 13 ans, sans récidive.

COMMENTAIRES :

=====

Le carcinome adénoïde kystique expose le malade à 2 risques :

- récidive locale.

- métastases à distance, en particulier pulmonaires, qui se verraient dans 5 à 20 % des cas (Haguénauer et Kermarec) mais volontiers asymptomatiques et d'évolution très lente.

Si la chirurgie première a été partielle, le risque est majoré sur les deux plans (deux malades sur les trois qui nous ont été adressés pour récurrence, sont morts de métastases pulmonaires et cérébrales).

Par contre, si la chirurgie première est une parotidectomie totale, conservatrice ou élargie, le risque métastatique persiste, mais est minimisé. (1 malade sur 7 est mort à 4 ans de métastases cérébrales et pulmonaires).

- oOo -

TUMEURS MUCO - EPIDERMOIDES

=====

A - ANATOMO - PATHOLOGIE

Décrites par Masson et Berger sous le nom d' "épithélioma à double métaplasie" puis appelées tumeurs mucoépidermoïdes, ces tumeurs sont caractérisées par la présence de cellules malpighiennes, de cellules mucipares et de cellules de type intermédiaire.

Ces différents éléments sont en proportion variable, déterminant tour à tour le caractère compact ou kystique de la tumeur.

1 - Macroscopie

Ce sont des néoformations ovoïdes souvent bien limitées, souvent entourées d'une pseudo-capsule. A la coupe, la couleur est blanchâtre; quant à la consistance, elle est soit kystique, soit dure, rappelant celle de l'adénome pléomorphe, soit rénitente.

2 - Histologie

Les deux principaux types de cellules (épidermoïdes et mucipares), prolifèrent en proportion variable, séparées par des espaces kystiques. La capsule est incomplète et peut manquer. Les lésions possèdent deux caractères : sécrétion du mucus et présence de cellules malpighiennes. Ces dernières paraissant aggraver le pronostic lorsqu'elles prédominent (Thackeray).

3 - Histo - pronostic

On a essayé de diviser les tumeurs muco-épidermoïdes en bénignes et malignes (Foote et Stewart : 1945) ou encore en tumeurs plus ou moins différenciées.

Ces classifications paraissent rigides. Il faut considérer ces tumeurs comme potentiellement malignes avec tendance invasive. Mais, bien traitées et à un stade précoce, elles réagissent favorablement.

Ce sont ces considérations qui nous ont amené à classer ces tumeurs dans un groupe intermédiaire.

Patey les classait déjà comme tumeurs de malignité moyenne, par opposition aux tumeurs franchement malignes.

B - FREQUENCE

Les tumeurs muco-épidermoïdes, dans notre statistique, représentent 11 observations, soit un peu plus de 4% du total de nos tumeurs épithéliales.

Dans d'autres séries, on trouve :

- 37% dans la série de Freeman (1965)
- 14% dans la thèse de Bécache (1971) Institut G. Roussy
- 12% dans la série de Kirklin (1951)
- 2,7% dans la série de Gaillard (thèse de D.Grégoire 1975)

de toutes leurs tumeurs épithéliales parotidiennes.

C - ETUDE CLINIQUE

Il faut préciser d'emblée que nos 11 cas correspondaient à des tumeurs importantes.

- 9 malades ont été vus de "première main".
- 2 malades nous ont été adressés pour récurrence après chirurgie partielle.

1) En fonction de l'âge et du sexe, nous obtenons la répartition suivante :

Age	Hommes	Femmes
10 à 30 ans	1	0
30 à 50 ans	2	0
50 à 70 ans	2	3
70 ans et plus	2	1
Total	7	4

Si dans nos 11 cas nous avons une légère prédominance masculine, sur de plus grandes séries de la littérature, il est noté une prédominance inverse (2 femmes pour 1 homme).

L'âge moyen se situe dans la seconde moitié de la vie :

vers 45 ans pour Freeman

à 40 ans pour Foote et Frazell

vers 48 ans pour Patey

2) La tumeur :

La consistance de la tumeur n'avait rien de caractéristique.

Le siège était pré-tragien, sous angulo-maxillaire et rétro-auriculaire, avec dans un cas, un prolongement jusque dans la région jugale.

Deux malades se plaignaient de douleurs intenses.

Un malade présentait une paralysie faciale totale.

Une tumeur était ulcérée à la peau.

Une tumeur était complètement fixée.

3) Les chaînes ganglionnaires :

- 7 malades présentaient les ganglions jugulo-carotidiens palpables :
- 6 ont subi des curages jugulo carotidiens (2 étaient positifs).
 - le dernier malade n'a pas subi de curage jugulocarotidien, car les ganglions étaient fixés.

D - TRAITEMENT ET RESULTATS

1) 2 malades nous ont été adressés pour récidence locale importante après chirurgie partielle.

- l'un à 1 an - Nous avons pu pratiquer une parotidectomie totale élargie suivie d'irradiation aux hautes énergies. Le malade est mort 2 ans après d'évolution loco-régionale.

- l'autre à 3 ans - Il a subi une parotidectomie totale élargie suivie d'irradiation et il est mort 4 ans après de métastases cérébrales.

2) 9 malades ont été vus de "première main" et ont eu les traitements suivants :

Intervention	Nombre	Chaînes jugulo-carotidiennes
Parotidectomie conservatrice + irradiation	5	4 N -
Parotidectomie élargie + irradiation	2	1 N +
Chirurgie incomplète + irradiation	1	1 N +
Irradiation après biopsie (inopérable)	1	N ₃

E - LES SURVIES

1) Les malades avec ganglions envahis ont survécu : 6 mois, 1 an, 3 ans et sont morts d'évolution loco-régionale.

Ils correspondent à :

- une parotidectomie élargie
- une parotidectomie incomplète du fait de difficultés techniques
- une simple biopsie chez un malade inopérable.

2) Un malade ayant subi une parotidectomie totale élargie suivie d'irradiation, et qui n'avait pas subi de curage (No et ganglion de Kuttner négatif lors de l'intervention) est mort 8 ans après de causes indéterminées, sans récurrence à la dernière consultation.

3) 5 malades ont subi une parotidectomie totale conservatrice du Facial dont 4 avec curage jugulo-carotidien mais tous N -

- Le seul malade qui n'a pas eu de curage (sur la négativité du ganglion de Kuttner) a fait une évolution ganglionnaire qui a nécessité 2 ans après un curage et une irradiation cervicale. Il est mort au bout d'1 an d'évolution ganglionnaire.

- pour les 4 autres malades :

- . 1 est vivant à 6 ans sans signe de récurrence.
- . 1 est vivant à 11 ans sans signe de récurrence.
- . 1 est mort à 4 ans de cause indéterminée
(sans récurrence à la dernière consultation).
- . 1 seul est mort 1 an après le traitement de métastases pulmonaires et de récurrence locale.

- COMMENTAIRES

=====

Dans notre petite série, le pronostic est évidemment fonction du volume tumoral de l'envahissement ganglionnaire. Aucun des 3 malades avec ganglions envahis n'est vivant à 3 ans.

- 6 malades ont été vus à des stades cliniques avancés (dont 2 pour récurrence).

. 1 seul malade survit sans récurrence à 8 ans

. les 5 autres n'ont pas atteint le cap des 5 ans.

- 5 malades ont été vus à des stades cliniques permettant une parotidectomie conservatrice du Facial :

. 1 est mort d'évolution ganglionnaire à 1 an.

. 1 est mort de récurrence locale et de métastases pulmonaires à 1 an.

. 2 sont sans récurrence à plus de 5 ans (respectivement 6 et 11 ans).

. 1 est mort sans récurrence de cause intercurrente à 4 ans.

Sur 11 malades, 2 malades ont présenté des métastases à distance.

Il est difficile d'établir un pronostic des tumeurs muco-épidermoïdes, à partir de la description de nos 11 cas.

Cependant, de nombreux auteurs s'accordent pour ne leur trouver qu'une malignité moyenne avec peu de diffusion métastatique (Micheau et Lacour sur 33 observations ne signalent qu'une métastase ganglionnaire cervicale et n'ont que 2 récurrences à 5 ans).

D'autres auteurs reconnaissent à ces tumeurs un pronostic favorable.

Léonardelli rapporte plus de 80% de guérisons à 5 ans après chirurgie appropriée.

TUMEURS EPITHELIALES A HAUTE MALIGNITE

- ADENOCARCINOMES
- CARCINOMES EPIDERMOIDES
- CARCINOMES ANAPLASIQUES

LES TUMEURS EPITHELIALES A HAUTE MALIGNITE

I - MATERIEL D'ETUDE

Nous disposons de :

- 59 observations d'adénocarcinomes,
- 29 observations de carcinomes épidermoïdes,
- 33 observations de carcinomes anaplasiques.

Le tout constituant une série de 121 cas, représentant 46,5% de la totalité des tumeurs épithéliales de notre série.

Ces chiffres varient beaucoup en fonction des recrutements dans les séries de la littérature.

Ainsi, si on ne retient dans les différentes publications qu'un recrutement analogue au nôtre; ces tumeurs représentent :

53% des cas dans la série de Garas 1973

9,3% des cas dans la série de Eneroth 1964

26,3% des cas dans la série de Redon 1967

19,3% des cas dans la série de l'Institut G. Roussy
(thèse de Bécache 1970)

17% des cas dans la série de J. Gaillard
(thèse de Grégoire 1975)

II - RAPPEL ANATOMOPATHOLOGIQUE

=====

A - MACROSCOPIQUEMENT :

Les tumeurs épithéliales parotidiennes à haute malignité peuvent se présenter cliniquement sous deux aspects :

- soit des formes de début où, sans être encapsulées, elles présentent un aspect clinique "enclos" de tumeur limitée, nodulaire.

- soit sous des formes diffuses, infiltrantes, fixées à l'os, et aux plans de couverture. Dans ces formes, l'on retrouve à la coupe un aspect nécrotique et hémorragique avec de larges plages kystiques.

Il va de soi que le pronostic est très différent pour les deux catégories.

Nous étudierons ces tumeurs en les subdivisant selon ces deux modes.

B - MICROSCOPIQUEMENT (d'après TACKERAY)

1 - Adénocarcinomes

L'adénocarcinome est une tumeur épithéliale maligne, présentant quelques formations glandulaires, tubulaires, ou papillaires. On n'y trouve aucun vestige d'adénome pléomorphe.

Des controverses sont nées des descriptions d'aspects microscopiques variables :

on observe normalement des zones de formations tubulaires, mais parfois des formations kystiques ou papillaires sont également présentes et l'épithélium est dans certains cas mucipare.

Des modifications oncocytaires ou oxyphiles plus ou moins étendues, de cellules tumorales peuvent être notées sans pour autant justifier la création d'une catégorie spéciale sous le nom d'oncocytomes malins ou d'adénocarcinomes oxyphiles.

2 - Carcinomes épidermoïdes

Le carcinome épidermoïde est une tumeur épithéliale maligne dont les cellules produisent de la kératine ou sont unies par des ponts intercellulaires, sans sécrétion de mucus.

Les cellules tumorales semblent provenir des canaux excréteurs, peut être par métaplasie malpighienne.

3 - Carcinomes anaplasiques ou indifférenciés

Ce sont des tumeurs malignes à structure épithéliale, trop peu différenciée pour qu'on puisse la classer dans l'un des autres groupes de carcinomes.

Ces tumeurs sont constituées de cellules dont la nature épithéliale, est reconnaissable, mais ne présente aucun des caractères décrits dans les catégories précédentes.

Les cellules tumorales sont principalement sphéroïdales ou fusiformes.

III - ETUDE ANALYTIQUE

=====

A - ADENOCARCINOMES

1 - Etude anatomoclinique

Considérant les 59 adénocarcinomes de notre étude, la population en fonction de l'âge et du sexe se répartit comme suit :

A g e	Hommes	Femmes	Total
moins de 40 ans	1	4	5
40 à 50 ans	4	4	8
50 à 60 ans	9	3	12
plus de 60ans	19	15	34
Total	33	26	59

Ce qui reflète une moyenne d'âge supérieure à 60 ans.

Ce chiffre est supérieur à ceux de la littérature qui varient surtout dans la tranche d'âge 45 à 65 ans. Par ailleurs, la légère prédominance masculine a été assez communément reconnue.

Il apparait très intéressant de différencier cliniquement les tumeurs au stade de début et les tumeurs infiltrantes et diffuses.

- les tumeurs au stade de début, sont cliniquement semblables à l'adénome pléomorphe. Elles gardent assez longtemps leur forme nodulaire. Seul l'examen histologique permettra d'en préciser la nature maligne.

- les tumeurs infiltrantes et diffuses. Le diagnostic clinique ne fait alors aucun doute car on y retrouve les classiques critères cliniques de malignité :

- . douleur irradiée
- . adénopathies cervicales
- . fixité et adhérences cutanées
- . parésie ou paralysie faciale
- . métastases à distance
- . envahissement et ulcération cutanée.

21 malades présentaient des tumeurs parotidiennes sans signes cliniques de malignité.

38 malades sont venus consulter avec des signes cliniques de malignité.

a) Les adénocarcinomes au début :

1) en fonction de l'âge et du sexe on obtient pour nos 21 malades, la répartition suivante :

A g e	Hommes	Femmes	Total
moins de 40 ans	0	3	3
40 à 50 ans	2	3	5
50 à 60 ans	4	0	4
plus de 60 ans	2	7	9
Total	8	13	21

2) Ces malades ont été traités de la manière suivante :

Traitement	Nombre
Parotidectomie conservatrice seule	6
Parotidectomie non conservatrice	1
Chirurgie partielle + Irradiation	1
Parotidectomie totale conservatrice + Irradiation	13
Total	21

Tous les malades pendant le premier temps opératoire de ligature de la carotide externe, ont subi un examen extemporané du ganglion sous digastrique.

Sur 21 malades :

- un seul examen a été positif : ce malade a eu un évidement ganglionnaire jugulo carotidien non conservateur (ganglions envahis).

- trois autres malades ont subi un évidement ganglionnaire jugulo carotidien pour des ganglions parçus cliniquement et que l'on pensait envahis; en fait, ces ganglions étaient purement inflammatoires et les 3 curages ont été faits en excès.

L'examen extemporané des ganglions de la chaîne sous digastrique est suffisant en cas de négativité.

Dans ces adénocarcinomes au début, le risque ganglionnaire semble peu important (un seul envahi sur 21 malades dans notre série).

La survie globale en fonction des années de surveillance se résume ainsi :

Vivants sans récurrence / Nombre de malades suivis

à 1 an	1 à 3 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 20 ans	plus de 20ans
21/21	19/20 1 perdu de vue 1 décédé d'évolution loco-régionale	18/19 1 décédé de cause intercurrente à 4 ans	15/18 3 décédés de cause intercurrente (2 à 6 ans 1 à 7 ans)	5/7 1 vivant en récurrence à 12 ans 1 décédé de métastases à 15 ans	1/1

- à moins de 5 ans, un seul malade est décédé d'évolution loco-régionale (il a été traité par parotidectomie totale conservatrice + irradiation).

- un malade est en évolution à 12 ans (traité par parotidectomie totale conservatrice + irradiation).

- un malade (traité par parotidectomie complète et irradiation) est décédé à 15 ans de métastases multiples.

Il est difficile sur le petit nombre de malades d'apporter des arguments sur le bien-fondé de l'irradiation complémentaire systématique.

En effet, en fonction des différentes thérapeutiques appliquées, nous obtenons les survies suivantes :

- un malade qui a eu une parotidectomie totale non conservatrice est vivant sans récurrence entre 5 et 10 ans.

- un malade qui a eu une chirurgie partielle plus irradiation est vivant sans récurrence entre 5 et 10 ans.

- pour les 6 malades qui ont eu une parotidectomie totale conservatrice sans irradiation (l'un d'eux avait un ganglion envahi lors du curage), on obtient le tableau suivant :

Suivis sans récidive / Nombre de malades suivis

à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 20 ans	à 22 ans
6/6	4/6 2 sont morts de cause intercurrente à 6 et 7 ans (dont le N+)	2/2	1/1

13 malades ont subi une parotidectomie totale conservatrice avec irradiation complémentaire de principe.

Suivis sans récidive / Nombre de malades suivis

Nombre de malades	1 à 3 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	à plus de 10ans
13	12/13 1 décédé d'évolution loco-régionale	10/11 1 décédé de cause intercurrente à 4 ans	9/10 1 décédé de cause intercurrente à 6 ans	3/5 1 décédé de métastases à 15 ans 1 en récidive à 12 ans

Il semble que dans les adénocarcinomes parotidiens, même au stade nodulaire, l'irradiation doit être un complément de sécurité systématique.

b) Les adénocarcinomes avec signes cliniques de malignité

La population en fonction de l'âge et du sexe se répartit comme suit :

A g e	Hommes	Femmes	Total
moins de 40 ans	1	1	2
40 à 50 ans	2	1	3
50 à 60 ans	5	3	8
plus de 60 ans	17	8	25
Total	25	13	38

La proportion de gens âgés est encore plus élevée.

Il s'agit ici de malades vus pour des tumeurs parotidiennes avec des signes cliniques de malignité.

- la tuméfaction est inaugurale et augmente rapidement de volume. Il s'y associe :

des douleurs sourdes, continues, soit à type de névralgie faciale, soit, plus souvent, à type d'otalgie (nous en avons retrouvé 8 cas).

- une fixation de la tumeur avec adhérence cutanée et en profondeur a été retrouvée dans 9 cas.

- la consistance était généralement dure, ligneuse.

- une ulcération cutanée a pu être retrouvée dans 11 cas.

- une infiltration diffuse a été notée dans plus de la moitié des cas.

- Des adénopathies ont été perçues cliniquement dans 19 cas sur 38 (chaîne jugulo-carotidienne, sus-claviculaire, pédicule facial). Dans un seul cas on percevait des adénopathies de la chaîne spinale.

- Dans 2 cas, il existait une paralysie faciale totale, dans 10 cas partielle, touchant alors surtout le rameau labio-mentonnier.

Les malades ont été traités ainsi :

— sur la tumeur :

Nombre de malades	.Formes dépassées .pas de traitement chirurgical .chimiothérapie	Chirurgie incomplète de propreté ou irréalisable	Parotidectomie totale conservatrice	Parotidectomie totale élargie	Total
38	7	5	11	15	38
associées à irradiation	5	4	9	14	32

On déplore deux morts post-opératoires :

- 1'un après une parotidectomie totale élargie
- 1'autre après une chimiothérapie intra-artérielle.

— d'un point de vue ganglionnaire cervical :

19 malades présentaient des adénopathies cervicales :

- 5 présentaient des adénopathies fixées, avec impossibilité de curage cervical (tous n'ont eu qu'une chimiothérapie associée à l'irradiation).
- 14 malades ont subi des évidements ganglionnaires pour adénopathies cliniquement perceptibles : 10 seulement avaient des ganglions néoplasiques.

Sur 14 malades :

. 2 ont eu un curage seul, l'un pour la chimiothérapie intra-artérielle (qui était N-), le second qui était N+ a été associé à l'irradiation sur la tumeur et les chaînes ganglionnaires cervicales.

. 2 curages ont été associés à une chirurgie incomplète (par impossibilité technique). Ils étaient N+.

. 5 curages ont été associés à une parotidectomie totale élargie (2 étaient N+).

. 5 curages ont été associés à une parotidectomie totale conservatrice (tous étaient N+).

Tous les malades qui étaient N+ ont été irradiés sur les chaînes ganglionnaires cervicales.

Les survies globales sont les suivantes :

	1 an	1 à 3ans	3 à 5ans	5 à 10ans	plus de 10 ans	plus de 15 ans	20 ans et plus
Nombre de malades VIVANTS	23	15	8	8	4	3	1
Nombre de malades SUIVIS	36	23	15	8	4	4	1
	avec 2décès post- opéra- toires		avec 2 décès de cause in- tercurrente			avec 1 décès par néo du sigmoïde à 15 ans	

8 malades sur 38 survivent plus de 5 ans, sans signe de récurrence.

Dont :

- 6 malades qui ont subi une parotidectomie totale élargie + irradiations et qui étaient tous No

- . 3 vivants sans récurrence à 5 ans,
- . 1 vivant sans récurrence à 8 ans,
- . 1 vivant sans récurrence à 16 ans
- . 1 vivant sans récurrence à 23 ans.

- 2 malades ont subi une parotidectomie totale conservatrice + irradiation, dont un avec curage jugulo-carotidien (ganglions envahis).

- . 1 est mort à 15 ans d'un néo du sigmoïde sans signe de récurrence parotidienne.
- . 1 est vivant sans récurrence à 15 ans.

En somme :

- 2 malades sont morts en post-opératoires,
- 2 malades sont morts sans signes de récurrence de cause intercurrente entre 3 et 5 ans.
- 26 malades sont morts dans les 5 premières années d'évolution loco-régionale et, ou, de métastases à distance (hépatiques dans 3 cas, pulmonaires dans 7 cas).

En fonction du traitement :

- sur les 15 parotidectomies totales élargies, 6 sont vivants à 5 ans (mais tous No).

- sur les 11 parotidectomies totales conservatrices, 2 sont vivants à 5 ans (dont 1 N+)

Un seul malade avec ganglions envahis survit à 15 ans sans récurrence; tous les autres malades avec ganglions envahis sont morts dans les cinq premières années.

Le pronostic est évidemment ganglionnaire

Indépendamment du problème ganglionnaire, l'adénocarcinome parotidien diffus semble plus bénéficier d'une parotidectomie totale élargie associée à l'irradiation, que d'une parotidectomie totale, conservatrice à tout prix.

B - CARCINOMES EPIDERMOIDES

Ces tumeurs représentent 29 observations dans notre étude soit environ 11,2% de la totalité des tumeurs épithéliales présentées ici.

Notre recrutement se situe dans la moyenne par rapport aux chiffres de la littérature.

- . 5,4% pour Bardwill. 1967.
- . 15,6% dans la série de Garas. 1973.
- . 2,5% dans la série de l'Institut G. Roussy (thèse de Bécache. 1970).
- . 5% dans la série de J.Gaillard (thèse de Grégoire. 1975).

1 - La répartition selon l'âge et le sexe est la suivante :

Sexe Age	Hommes	Femmes	Total
40 à 50 ans	3	0	3
50 à 60 ans	5	1	6
60 ans et plus	13	7	20
Total	21	8	29

On retrouve ici la classique prévalence masculine des tumeurs épithéliales de haute malignité, ainsi qu'un âge moyen supérieur à 60 ans.

2 - Sur la totalité des 29 Observations :

- 4 malades seulement (toutes des femmes) présentaient des tumeurs cliniquement au début, sans adénopathie palpable et sans signe clinique de malignité.

Elles ont été traitées de la manière suivante :

Parotidectomie totale conservatrice + irradiation	Chirurgie incomplète + irradiation
3	1

Les 4 malades sont décédées à moins de 5 ans :

- . 2 d'évolution loco-régionale.
- . 2 de causes inconnues.

- 25 malades présentaient des tumeurs avec signes cliniques de malignité :

- . la tuméfaction était associée à des douleurs dans 11 cas.
- . la consistance était uniformément dure et l'on notait une infiltration profonde de la glande dans 14 cas, par le toucher endo-buccal
- . dans 8 cas, les malades présentaient une ulcération cutanée.
- . une paralysie faciale a été notée de façon inaugurale et partielle dans 7 cas.
- . 5 malades seulement ne présentaient pas, à l'examen, d'adénopathies dans les chaînes jugulo-carotidiennes.

3 - Traitement.

Les différents traitements ont été :

Total	Chimiothérapie avec ou sans irradiation	Parotidectomie totale conservatrice + irradiation	Chirurgie incomplète + irradiation	Parotidectomie totale élargie + irradiation
25	11	3	2	9

Les 11 cas non opérés étaient au-dessus des ressources chirurgicales. Ils ont eu une chimiothérapie associée ou non à une irradiation des aires parotidiennes et des chaînes cervicales.

4 - Survies :

- 18 malades sont décédés en moins d'un an,
- 3 malades sont décédés entre 1 et 3 ans,
- 2 malades sont décédés entre 3 et 5 ans,
- 1 malade qui a subi une parotidectomie totale élargie + irradiation est mort de cause intercurrente à 8 ans.
- 1 malade qui avait eu une parotidectomie totale conservatrice + curage ganglionnaire (N+) + irradiation, est sans récurrence à 7 ans.

Tous les malades sont morts d'évolution loco régionale (dont 1 avec métastases à distance), sauf 1 qui est mort de ses métastases seules (il avait été traité par parotidectomie totale élargie + curage ganglionnaire N-, suivi d'irradiation).

Deux malades sur 25 passent le cap des 5 ans sans récurrence.

Il est intéressant de remarquer que, si le taux de survie paraît dérisoire, par rapport aux chiffres de la littérature, notre statistique se trouve dans la moyenne supérieure.

	3 ans	5 ans	Nombre de cas
notre statistique	20,9%	7,4%	29
1967 Bardwill	12 %		8
1973 Garas		9,5%	21
1970 Institut G.Roussy (thèse Bécache)	16,6%		10

Le très mauvais pronostic des tumeurs épidermoïde de la Parotide est souligné par plusieurs auteurs.

Bardwill a écrit qu'elle représente la plus agressive de toutes les tumeurs malignes parotidiennes (il obtient 1 survivant sur 8 à 3 ans soit 12%).

C - CARCINOMES ANAPLASIQUES

Nous disposons de 33 observations de carcinomes anaplasiques représentant environ 12,8% des cas de notre étude.

Ces tumeurs sont rares dans la littérature :

- 4,5% dans la série de Kirklin - 1951.
- 3,8% dans la série de J. Gaillard (thèse Grégoire 1975).
- 1,2% dans la série de l'Institut G. Roussy (thèse Bécache 1970).

Les auteurs sont unanimes pour reconnaître à ces tumeurs un haut degré de malignité.

1) La répartition selon l'âge et le sexe est la suivante :

Age \ Sexe	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
moins de 40 ans	1	1	2
40 à 50 ans	1	4	5
50 à 60 ans	4	1	5
plus de 60 ans	9	12	21
Total	15	18	33

Nous ne retrouvons pas ici la classique prévalence masculine, mais il est difficile de tirer des conclusions sur 33 Observations.

2) Sur les 33 Observations de notre étude :

a) 12 malades étaient à des stades précoces, sous signes cliniques de malignité.

Tous étaient No, sauf un qui avait été considéré comme N₁a, et qui, en fait, a subi un curage jugulo-carotidien (avec ganglions positifs).

Les 12 malades ont été traités ainsi :

Parotidectomie totale conservatrice + irradiation	Chirurgie incomplète + irradiation	Parotidectomie totale conservatrice seule	Parotidectomie totale conservatrice + Curage N+
7	3	1	1

- 3 malades n'ont pas récidivé :

- . 1 est mort à 10 ans de vieillesse (il avait été traité par chirurgie incomplète associée à l'irradiation).
- . 1 est vivant à 10 ans sans récidive (il a été traité par parotidectomie totale conservatrice + irradiation).
- . 1 est vivant à 18 ans sans récidive (traité par parotidectomie totale conservatrice seule).

- 9 sont décédés :

- . 1 à moins de 1 an, de métastases.
- . 5 sont décédés entre 1 et 3 ans :
 - 1 de cause indéterminée
 - 1 de métastases
 - 3 d'évolution locorégionale.
- . 1 entre 3 et 5 ans d'évolution locorégionale.
- . 1 à 6 ans de métastases.
- . 1 à 9 ans d'évolution locorégionale.

. Il en résulte que :

Sur les 12 malades vus à des stades cliniquement précoces : 5 seulement sont vivants sans récidive à 5 ans (4 traités par parotidectomie totale conservatrice et 1 par chirurgie incomplète + irradiation).

b) 21 malades présentaient des carcinomes anaplasiques avec signes cliniques de malignité :

- la tuméfaction inaugurale augmentait rapidement de volume et était associée à une douleur dans 5 cas.

- son siège était de localisation classique (pré-tragien, sous angulo maxillaire, rétro-auriculaire).

- un malade présentait une dysphagie.
- une ulcération accompagnait la tumeur dans 8 cas
- la consistance était variable : rénitente ou dure, ligneuse
- la fixation et l'infiltration diffuse était notée d'emblée dans 50% des cas.
- on notait 4 cas d'atteinte osseuse (3 lésions de la branche montante du maxillaire et 1 atteinte du zygoma).
- une paralysie faciale a été notée de façon inaugurale : partielle dans 3 cas, totale dans 1 cas.
- 16 malades avaient des ganglions manifestement néoplasiques, parfois enclavés, au-dessus des ressources chirurgicales; cinq malades seulement ne présentèrent pas cliniquement d'adénopathies perceptibles.

Les 21 malades ont été traités ainsi :

Total	Chimio- thérapie + irra- diation	Chirur- gie in- complète + irra- diation	Parotidectomie totale conservatrice + irradiation + curage N+	Parotidectomie totale conservatrice + irradiation	Parotidectomie totale élargie + irradiation	Parotidectomie totale élargie + curage + irradiation
21	4	4	3	1	7	2

Le pronostic est uniformément sévère et reflète la gravité de ces car-
cinomes anaplasiques :

- 1 malade a été perdu de vue sans récurrence à 3 ans.
- 1 malade est décédé de cause intercurrente à 6 ans (il avait subi une parotidectomie totale élargie associée à l'irradiation).
- tous les autres sont morts à 5 ans, tant d'évolution loco-régionale (13 fois) que de métastases à distance (7 fois).

(5 malades sur 21 étaient vivants à 3 ans).

DIAGNOSTIC D'UNE TUMEUR PAROTIDIENNE

Deux tableaux amènent le malade à consulter :

- l'apparition d'une tuméfaction indolore et à croissance lente (souci esthétique).
- l'apparition d'une tuméfaction irrégulière douloureuse et à croissance rapide.

Le diagnostic se fait en plusieurs étapes :

- affirmer l'origine parotidienne de la tuméfaction,
- affirmer la Néoformation
- distinguer une tumeur bénigne d'une tumeur maligne

I - AFFIRMER L'ORIGINE PAROTIDIENNE DE LA TUMEUR

=====

a) L'inspection : recherchera la tuméfaction et éventuellement des cicatrices d'intervention antérieure.

b) la palpation : donnera des renseignements sur la consistance, son siège présumé, son volume, sa mobilité.

Elle recherchera également un éventuel signe de Nélaton (ressaut cartilagineux sur le rebord osseux du maxillaire).

On n'oubliera pas d'y associer la palpation endo-buccale à la recherche d'une tumeur située dans le prolongement pharyngien.

II - AFFIRMER LA NEOFORMATION

=====

Alors que les parotidites et les parotidoses se traduisent par une augmentation de volume global de la glande, associée à des signes inflammatoires locaux et à un écoulement purulent par le canal de Sténon, une tumeur épithéliale parotidienne se traduira au contraire par un nodule rond qui semble limité, ou par une infiltration diffuse et régulière.

On complètera, bien entendu, l'examen par la recherche d'adénopathies dans les territoires ganglionnaires du cou, en essayant de mettre en évidence des critères de malignité de ces ganglions (consistance, fixité).

III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE TUMEURS BENIGNES, OU A FAIBLE MALIGNITE,

=====

ET TUMEURS MALIGNES

=====

Il s'agit là d'une étape difficile, mais essentielle.

On s'aidera de certains examens paracliniques, tout en gardant à l'esprit que le diagnostic différentiel est, avant tout, fondé sur l'examen clinique.

A - On recherchera, par l'examen local et régional, d'éventuels caractères de malignité :

- tumeur diffuse associée à des douleurs irradiant dans l'oreille.
- paralysie faciale partielle ou totale.
- consistance dure et ligneuse.
- fixation de la tuméfaction.
- adénopathies satellites dans les chaînes cervicales homolatérales.
- le saignement au niveau de l'orifice du canal de Sténon est très suspect de malignité.

Mais si une tumeur infiltrante et dure est toujours suspecte de malignité, une tumeur isolée, indolore et asymptomatique, peut aussi bien être bénigne qu'à haute malignité.

B - Place des examens complémentaires -

1 - Examens radiologiques :

a) radiographie simple de la région parotidienne (face et profil).

La radiographie sans préparation est sans aucune utilité, sauf en cas de tumeurs malignes massives avec envahissement osseux de la branche montante du maxillaire, faisant alors partie du bilan pré-opératoire d'extension.

b) La radiographie pulmonaire.

On doit la pratiquer de façon systématique lors du bilan pré-opératoire. Exceptionnellement, elle pourra visualiser des métastases pulmonaires (signant une contre-indication opératoire).

c) La sialographie.

Elle a été décrite pour la première fois à Lyon par Arcelin en 1902. Sa valeur diagnostique a été mise en question au cours du Congrès de Cancérologie de 1966.

Si elle montre des aspects caractéristiques avec images glandulaires "truffées" dans les parotidites et dans les parotidoses, dans les tumeurs épithéliales parotidiennes, elle ne semble pas apporter d'éléments de diagnostic histologique indiscutable.

Elle est évocatrice dans les tumeurs épithéliales manifestement malignes cliniquement, et donne des images d'amputation franche d'un canalicule. Une absence de ramification d'un canalicule, semble symptomatique de malignité pour une tumeur encore enclose.

Dans notre série de tumeurs épithéliales parotidiennes, nous avons eu recours à la sialographie lipiodolée 45 fois :

- elle était significative dans 16 cas,
- dans 7 cas, elle montrait un refoulement,
- elle a été ininterprétable ou négative dans 22 cas.

De plus, elle présente le désavantage d'entraîner une dissection opératoire plus difficile dans un tissu gorgé de lipiodol.

d) Le cytodagnostic salivaire : Nombre d'auteurs semblent d'accord pour considérer l'examen cytologique de la salive (recueillie dans le canal de Sténon) comme très infidèle.

e) trois autres méthodes :

- la ponction à l'aiguille fine, permet un examen cytologique de la tumeur.
- le forage biopsique ou drill-biopsie, permet de prélever une "carotte tissulaire" au moyen d'une aiguille trépan, tournant à grande vitesse.
- la biopsie parotidienne, par petite incision cutanée permet de prélever un fragment de tumeur superficielle.

Nous ne voulons pas détailler ici la technique de ces trois méthodes.

Nous les condamnons dans la grande majorité des cas.

Elles procèdent du même esprit que l'étude, soit cytologique ou histologique.

Leurs risques et inconvénients sont nombreux :

- prélèvement aveugle, donc infidèle, pouvant passer à côté de la lésion (faux négatif).
- risque de blessure du nerf facial.
- risque d'effraction d'une tumeur encapsulée et d'essaimage dans la cicatrice cutanée.

Pour les adénomes pléomorphes, ces techniques augmentent le risque de récurrence en les transformant en "tumeurs mixtes évolutives" par effraction de la capsule.

Pour les carcinomes parotidiens, ces méthodes sont à même d'entraîner un essaimage néoplasique avec greffe cutanée et diffusion loco-régionale, rendant parfois la tumeur inopérable.

Nous ne les avons jamais pratiquées au Centre Léon Bérard dans nos tumeurs épithéliales parotidiennes, sauf pour des récurrences néoplasiques majeures, au-dessus des ressources chirurgicales, afin d'avoir une preuve histologique avant irradiation.

De toute manière, ces méthodes, outre les inconvénients et risques, deviennent caduques devant l'examen histologique extemporané pratiqué de manière systématique au cours de la parotidectomie.

e) La scintigraphie parotidienne au Technetium 99, préconisée par H. Diamant, n'a pas non plus été utilisée chez nos malades.

En somme,

mis à part un examen clinique soigneux, aidé de l'anamnèse, aucun examen paraclinique n'apporte d'argument formel sur la nature exacte de la tumeur parotidienne.

CONDUITE A TENIR

DEVANT UNE TUMEUR EPITHELIALE PAROTIDIENNE

A - PRINCIPES GENERAUX :

=====

1 - Mérite d'être mise en exergue : l'attitude dogmatique qui doit faire considérer toute tuméfaction parotidienne comme suspecte de malignité, jusqu'à preuve du contraire.

On peut y ajouter :

- la place essentielle de la chirurgie avec examen anatomopathologique complet de la pièce d'exérèse.

- l'avantage d'associer parfois chirurgie et traitements complémentaires (le plus souvent irradiation).

2 - Si l'on tient compte de la nature de la tumeur, les possibilités thérapeutiques sont théoriquement faciles à schématiser.

- les lésions réellement bénignes doivent être extirpées après clivage de leur paroi, sans intéresser la glande (kystes par exemple),

- les lésions suspectes de malignité doivent être extirpées en masse avec la glande.

Reste la majorité des cas où la nature exacte de la tumeur est difficile à apprécier sur la simple clinique et l'examen macroscopique.

C'est en gardant ces cas à l'esprit que l'on doit adopter le principe thérapeutique de la parotidectomie exploratrice, associée à l'examen histologique extemporané.

B - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

=====

I - LES INTERVENTIONS MINEURES

1) Enucléation simple : cette intervention est unanimement rejetée par les auteurs qui se sont intéressés aux tumeurs épithéliales parotidiennes (Redon, Dargent, Moyse).

Elle ne trouve plus d'indication que dans les kystes et les lipomes.

Faite par une incision minime :

- elle fait courrir des risques importants au facial
- elle favorise l'autogreffe et la continuation d'évolution
- elle est responsable des récidives.

Pour certains, elle constitue un facteur de cancérisation lorsqu'elle est pratiquée pour un adénome pléomorphe.

2) Enucléo-résection : consiste à enlever une collerette de glande autour du nodule tumoral.

Cette intervention est également formellement proscrite par la majorité des auteurs.

Elle présente les mêmes risques et inconvénients que l'enucléation simple.

II - LES INTERVENTIONS MAJEURES

=====

1) La Parotidectomie totale : se définit comme l'extirpation radicale de la glande parotide, après ligature des sept pédicules.

Décrite par J.L. Faure, elle implique le sacrifice du nerf facial avec ses séquelles esthétiques. Elle répond aux impératifs chirurgicaux du "Monobloc".

Elle peut, en cas de nécessité, être élargie aux plans osseux de voisinage (branche montante du maxillaire, massif mastoïdien et masséter).

Théoriquement, il ne devrait y avoir aucune solution de compromis entre l'énucléation simple et la parotidectomie totale, élargie ou non.

Pourtant, l'existence des lésions à faible malignité ou malignes "encloses", fait reculer devant une décision aussi grave que celle du sacrifice du Facial (Dargent).

Duval, dès 1914, a décrit la parotidectomie conservatrice de la branche supérieure du Facial.

C'était la première étape de l'évolution vers la parotidectomie totale conservatrice du Facial.

2) La parotidectomie totale conservatrice :

se propose d'extirper tout, ou le maximum de parenchyme glandulaire, en préservant le tronc du nerf facial et ses branches de division. Elle a recueilli l'adhésion de la majorité des chirurgiens en France, et à l'étranger (Mac Dowell, Bailey, Brown).

Les résultats sont remarquables, surtout dans le cas des tumeurs épithéliales bénignes ou à faible potentiel malin.

Pour les adénomes pléomorphes, elle n'est que très exceptionnellement suivie de récidives, si toutefois la lésion opérée était vierge de tout traumatisme, ponction comprise.

L'intervention est longue et minutieuse :

Lacomme disait :

" Le geste rapide et élégant n'est pas payant dans cette chirurgie où il faut cheminer pas à pas. "

Nous n'entrerons pas dans la description détaillée de cette opération.

L'intervention a été parfaitement codifiée par Redon dès 1934.

Successivement Dargent, Bailey et d'autres y ont apporté de petites modifications.

Aussi, résumerons-nous brièvement les problèmes que cette intervention pose au chirurgien, qui sont de trois ordres :

- problème cutané,
- problème nerveux,
- problème vasculaire.

a) Problème cutané :

L'incision est faite selon les habitudes du chirurgien :

- l'incision classique, recommandée par Redon a un trajet en baïonnette avec 3 segments :

- . pré - auriculaire,
- . sous - lobulaire,
- . descendant (bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien).

Cette incision va du zygoma au bord supérieur du cartilage thyroïde.

- d'autres incisions ont été décrites :

- . celle d'André qui fait passer le segment vertical supérieur en arrière du tragus.
- . celle des anglo-saxons : en Y (préconisée par Conley).

La technique du Centre Léon Bérard, adjoint au premier segment pré-auriculaire, un segment horizontal le long du zygoma, qui nous permet une exérèse plus étendue, en avant jusqu'au canal de Sténon.

En cas de cicatrice antérieure, des modifications doivent être apportées selon les cas, pour englober dans l'incision, l'ancienne cicatrice.

b) Problème nerveux :

— Tronc du Facial : son repérage est primordial;

le seul repère fixe est le trou stylo-mastoïdien.

Pour y parvenir, selon la localisation et l'extension de la tumeur, on peut :

- suivre le bord antérieur du muscle digastrique (technique de Redon),
- suivre la face antérieure et inférieure du conduit auditif cartilagineux, et le sillon mastocartilagineux (technique de Lyon).

— Les branches périphériques : elles sont en danger :

- dès le début de l'intervention du fait de leur situation superficielle, au moment du temps de décollement des lambeaux,
- au cours de leur libération du parenchyme glandulaire,
- et surtout en fin d'intervention (au moment de l'exérèse du parenchyme hyponeural).

Le risque concerne tant les branches supérieures fronto-orbitaires, que la branche labio-mentonnière qui est très fine.

L'intervention s'effectue toujours avec une humidification au soluté salé isotonique des différentes branches nerveuses.

— Le nerf auriculo-temporal, dont la section semble jouer un rôle dans l'apparition du syndrome de Freï, est difficile à repérer.

On le recherche au niveau de la boutonnière rétro-condylienne de Juvara.

C - PROBLEME VASCULAIRE

=====

Après repérage de la carotide externe sous le digastrique, on peut soit la clamper pendant toute l'intervention, soit la lier, ceci après section de la veine jugulaire externe, dans un souci d'hémostase; (on ne sectionnera cette dernière qu'après repérage du tronc du Facial et reconnaissance du filet cervico-mentonnier).

Brièvement décrits, les temps opératoires sont les suivants :

- incision cutanée,
- ligature de l'artère temporale superficielle avec dégagement du bord postérieur de la glande, en avant du conduit auditif externe.
- dégagement du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien et de la face antérieure de la mastoïde.
- découverte de la veine jugulaire externe qu'on lie, puis découverte du digastrique, puis du stylo-hyoïdien en avant.
- clampage de la carotide externe au-dessous du stylo-hyoïdien.
- découverte du tronc du Facial, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien en suivant la face inférieure et antérieure du conduit auditif externe; libération de la face externe de la glande, jusqu'à son bord antérieur par le décollement du lambeau cutané antérieur, puis dissection du Facial.
- ablation du lobe épineural envoyé à l'anatomopathologiste pour examen histologique extemporané.
- Libération du Facial de ses adhérences au plan profond, puis dégagement du lobe profond du bord postérieur du maxillaire.
- Ligature des plexus extra-condyliens.
- Ligature dernière du pédicule maxillaire interne, en arrière de la boutonnière de Juvara.
- Suture de la peau, sur dépression par tube de Redon, après avoir retourné, dans l'espace laissé libre, un lambeau de sterno-cleïdo-mastoïdien.

Bien entendu, toute intervention s'accompagne de l'exploration des chaînes ganglionnaires cervicales. Dès le temps de la ligature de la carotide externe, les ganglions de la chaîne sous digastrique sont prélevés et confiés à l'anatomopathologiste pour examen microscopique immédiat. En cas de positivité de l'examen extemporané des ganglions situés entre le digastrique et l'omohyoïdien, un curage jugulo carotidien (ou cervical) non conservateur, complète l'intervention.

En cas de doute, on garde la même attitude : en effet, l'examen extemporané qui doit être fait en quelques minutes, ne donne souvent qu'une orientation entre le "bénin" et le "malin". L'histologiste est souvent amené à reprendre les coupes pour un examen détaillé dans un second temps.

C - LES SEQUELLES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

=====

Elles sont dominées par :

1) La paralysie faciale :

Le sacrifice du facial entraîne une paralysie faciale mal supportée sur le plan ophtalmologique.

Secondairement sera pratiquée une blépharorrhaphie. Nous n'avons jamais rencontré de compensation complète par le Trijumeau, telle que l'avait décrite Hayes Martin.

La parotidectomie totale, conservatrice du Facial est souvent suivie d'une paralysie faciale transitoire, surtout au niveau du territoire inférieur labio-mentonnier, d'intensité et de durée variables.

Cependant, dans nos 138 cas de parotidectomies totales conservatrices, pratiquées sur des tumeurs vierges, la paralysie faciale n'a pas regressé dans 11 cas (environ 8%).

Le risque est encore plus élevé, en cas de parotidectomie totale conservatrice, faite de deuxième intention après chirurgie partielle.

Sur 21 parotidectomies totales conservatrices, après chirurgie partielle et parfois irradiation de l'aire parotidienne, la paralysie faciale ne régressait pas chez 4 malades (environ 19% des cas).

Les exérèses partielles comportent un risque non négligeable pour le Facial; nous l'avons évalué à 6%.

2) Le syndrome de Frei

C'est l'apparition d'une sudation lors de la mastication, associée à une rougeur dans la cicatrice de parotidectomie.

Ce syndrome apparaît après plusieurs mois et peut être amélioré par l'application sur la zone temporale, d'une pommade au bromohydrate de scopolamine.

Nous l'avons observé dans 20 cas :

- . 15 fois pour des adénomes pléomorphes .
- . 5 fois pour des adénocarcinomes.

D - INDICATIONS CHIRURGICALES

=====

La parotidectomie totale, conservatrice du Facial est l'intervention de choix, dans toutes les tumeurs parotidiennes cliniquement encloses, primitives ou récidivées, quelque soit leur potentiel malin.

Par contre, dans les tumeurs cliniquement malignes, on doit être audacieux dans les sacrifices à consentir,

- la parotidectomie est obligatoirement non conservatrice, chez les malades qui présentent une paralysie faciale.

- dans les cas où le malade ne présente pas de paralysie faciale pré-opératoire, la conservation du Facial est fonction des conditions carcinologiques per-opératoires.

On doit conserver le Facial :

si sa libération est facile, mais à condition que l'extirpation du cancer paraisse macroscopiquement totale.

Si le nerf est très au contact, ou englobé par la tumeur, on doit pratiquer une parotidectomie totale non conservatrice :

- qui permet une exérèse carcinologique plus facile et d'un bloc, sans laisser de foyers évolutifs.

- la dissection à tout prix du nerf entraînerait de toute manière sa perte de fonction.

Une restriction doit être apportée dans le cas des carcinomes adénoïdes kystiques.

Ceux-ci progressent le long des gaines nerveuses. Leur radio sensibilité, justifie la conservation du Facial qui est parfois techniquement très difficile.

En fonction de l'étendue de la lésion, l'élargissement de la parotidectomie doit réaliser une exérèse passant "in sano".

Vis à vis des ganglions :

Notre attitude est de vérifier d'emblée et systématiquement les ganglions de la chaîne sous-digastrique, quelque soit l'allure clinique de la tumeur.

En cas de positivité à l'extemporané, un curage homolatéral jugulo-carotidien, non conservateur, est pratiqué.

En cas de ganglions perçus cliniquement et manifestement néoplasiques, le curage est fait d'emblée.

E - MOYENS THERAPEUTIQUES COMPLEMENTAIRES

=====

— Les Agents Physiques

Certains considèrent l'irradiation comme inutile si l'exérèse chirurgicale a été suffisante (Wyatt).

La plupart s'accordent actuellement pour penser qu'il faut associer l'irradiation à la chirurgie, en fonction des stades cliniques et de la variété histologique.

La radiothérapie peut être pré-opératoire, entraînant une régression partielle de la tumeur, la rendant opérable.

Dans la majorité des cas, elle est post-opératoire; elle abaisse le risque des récidives locales et le risque d'extension lymphatique.

Elle trouve toute sa valeur lorsque l'exérèse chirurgicale a paru incomplète.

En cas de tumeurs inopérables, ou après une exérèse incomplète, elle est délivrée à titre palliatif, et parfois, curatif.

Actuellement, notre attitude est d'irradier :

- les tumeurs à haute malignité, quelque soit leur stade clinique.
- les tumeurs à malignité moyenne, quelque soit leur stade clinique.
- dans certains cas, des récidives d'adénome pléomorphe devenues inopérables du fait des interventions antérieures multiples.

Nous utilisons la cobaltothérapie et l'irradiation aux électrons (qui présente l'avantage d'une meilleure pénétration et moins de risques pour les tissus environnants).

La curiethérapie peut être employée pour une récurrence sous cutanée localisée.

Le champ d'irradiation doit s'étendre de l'arcade zygomatique à l'os hyoïde.

Il sera élargi en cervical et sus-claviculaire, en cas de ganglions envahis.

Les doses-tumeurs doivent avoisiner les 6500 rads.

— Les Agents Chimiques

Certains préconisent, dans les tumeurs hautement malignes, l'utilisation systématique de la chimiothérapie, en association avec la chirurgie

(Reutshler et Coll. 1977)

Nous avons utilisé la chimiothérapie dans les formes dépassées (Methotrexate, 5 Fluoro-Uracile, Adriamycine, Bléomycine).

Les résultats étaient uniformément décevants.

ETUDE PRONOSTIQUE

Ce travail résume 260 observations de tumeurs épithéliales primitives de la glande parotide, traitées au Centre Léon Bérard de Lyon.

Ces tumeurs peuvent se subdiviser en deux grands groupes pronostiques :

- les adénomes pléomorphes vierges et les adénomes pléomorphes récidivés sans dégénérer, et
- les autres tumeurs épithéliales malignes parotidiennes.

Nous ne reviendrons pas sur les résultats obtenus dans les adénomes pléomorphes vierges et les adénomes pléomorphes récidivés sans dégénérer, qui représentent 98 observations.

Nous avons envisagé leur pronostic dans un chapitre antérieur.

Les autres tumeurs épithéliales malignes parotidiennes, représentent 162 observations, soit :

- 11 cas : Adénomes pléomorphes récidivés en dégénérant
- 9 cas : Carcinomes dans un adénome pléomorphe
- 11 cas : Tumeurs muco-épidermoïdes
- 10 cas : Carcinomes adénoïdes kystiques
- 59 cas : Adénocarcinomes
- 29 cas : Carcinomes épidermoïdes
- 33 cas : Carcinomes anaplasiques

La survie globale à 5 ans de ces tumeurs épithéliales parotidiennes à malignité intermédiaire et à haute malignité est :

- dans notre série d'environ 35% : pour 51 malades (sur 147) vivants sans récidive à 5 ans.

- dans la série de Rafla (1977) 42% : à 5 ans sur 67 malades.
- dans la série de Garas (1973) 14% : à 5 ans sur 55 malades.
- (mais cet auteur n'utilise pas, l'irradiation complémentaire).

Remarques :

Nous obtenons 51 malades (sur 147) vivants sans récurrence à 5 ans, car nous avons éliminé 3 malades morts en post-opératoire, 8 malades morts de cause intercurrente et 4 malades perdus de vue à moins de 5 ans.

Les survies ont été calculées à partir de la première chirurgie sur la tumeur, sauf pour les adénomes pléomorphes dégénérés, où la survie est calculée à partir du traitement de la récurrence dégénérée.

Le Pronostic est essentiellement fonction du :

A - STADE CLINIQUE

=====

1 - Les formes tumorales nodulaires au début, ont un meilleur pronostic que les formes cliniquement malignes dans les proportions suivantes :

Vivants sans récurrence à 5 ans / Nombre de malades suivis à 5 ans

Formes de début	34 / 45	75 %
Formes cliniquement malignes	16 / 102	15,5 %
Total	50 / 147	

Le chiffre total des vivants à 5 ans, est différent d'une unité par rapport au chiffre donné dans la survie globale, car ici, nous avons calculé les survies à partir du stade clinique qui a correspondu à la chirurgie pratiquée au Centre Léon Bérard (cela exclut de la survie à 5 ans, 1 cas de tumeur muco-épidermoïde qui a récidivé 3 ans après chirurgie partielle, qui a été traitée par parotidectomie totale élargie suivie d'irradiation; le malade est mort 4 ans après, de métastases cérébrales).

On pourrait superposer à ce tableau, le pronostic en fonction du type de chirurgie réalisée, soit conservatrice du Facial, soit non conservatrice.

2 - L'envahissement ou non des ganglions des chaînes jugulo-carotidiennes, est un élément essentiel du pronostic clinique :

67 malades présentaient les adénopathies cervicales homolatérales envahies : 3 malades sur 67 passent le cap des 5 ans.

Sur 162 cas, 12 curages jugulo-carotidiens ont été pratiqués en excès pour les adénopathies suspectes qui se sont révélées inflammatoires.

Un large prélèvement des ganglions de la chaîne sous digastrique, étudié en extemporané, doit diriger l'indication de curage jugulo-carotidien.

Nous avons relevé un cas de tumeur muco-épidermoïde où une parotidectomie totale conservatrice fut pratiquée sans curage, le ganglion de Kuttner étant négatif. Le malade a présenté, 2 ans après, une évolution ganglionnaire cervicale, qui a nécessité un curage suivi d'irradiation; le malade est mort, 1 an après, de son évolution ganglionnaire. Ceci fait admettre la nécessité de faire l'examen anatomopathologique, non seulement du ganglion sous-digastrique, mais de tous les ganglions situés entre le muscle digastrique et l'omohyoïdien.

Comme il est classique, aucun des 10 carcinomes adénoïdes kystiques, ne s'accompagnait d'envahissement ganglionnaire.

Le pourcentage d'envahissement ganglionnaire (de 41%) chez nos malades, est plus élevé que celui retrouvé dans la littérature.

- Kirklin rapporte un chiffre de 31% de ganglions envahis sur 149 cas.
- Becache dans sa thèse note un chiffre équivalent sur 138 malades traités à l'Institut G. Roussy.

3 - Nous n'avons eu aucun cas de métastases à distance d'emblée :

29 malades ont présenté des métastases au cours de l'évolution de leur maladie (pulmonaires, hépatiques, cérébrales; multiples).

- 25 ont été précoces et les malades sont morts à moins de 5 ans.
- 2 malades sont morts à 6 ans de métastases.
- 1 malade à 12 ans.
- 1 malade à 15 ans de métastases multiples.

Classiquement, sur 10 cas de carcinomes adénoïdes kystiques, nous avons retrouvé 3 cas de malades qui sont morts de métastases respectivement à 4 ans, 6 ans et 12 ans.

B - DU TYPE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR

=====

Les survies sans récurrence à 5 ans, dans notre série, et selon le type histologique se résument ainsi :

Histologie	Formes de début	Formes Cliniquement malignes	Pourcentage
	Vivants / Suivis	Vivants / Suivis	
Adénomes Pléomorphes récidivés en dégénérent	3 / 3	0 / 8	27,2%
Carcinomes dans un adénome pléomorphe	2 / 2	2 / 6	50 %
Carcinomes adénoïdes Kystiques	3 / 4	2 / 3	71 %
Tumeurs Muco-épidermoïdes	3 / 4	1 / 6	40 %
Adénocarcinomes	18 / 19	8 / 34	49 %
Carcinomes Epidermoïdes	0 / 2	2 / 25	7,4 %
Carcinomes Anaplasiques	5 / 11	1 / 20	19,3 %

Survies à 5 ans par rapport à d'autres séries dans les tumeurs épithéliales malignes parotidiennes, exprimées en pourcentages.

	C L B 1978	MEMORIAL HOSPITAL SPIRO 1977	I.G.R. Becache 1971	GARAS 1973	BARDWILL 1967	ROSENFELD 1966	ENEROTH 1964	FOOTE et FRAZELL 1954
Nombre de cas	147	108	138	55	111	112	116	261
Adénomes pléomorphes récidivés en dégénérent	27,2	40		16,6				
Carcinomes dans un adénome pléomorphe	50							
Carcinomes adénoïdes kystiques	71		63,5		49		87	25
Tumeurs muco épidermoïdes	40		100		72	66	63,5	57
Adénocarcinomes	49		27	29,4	37	51	60	51
Carcinomes épidermoïdes	7,4		12,5	9,5	0	23	100	23
Carcinomes anaplasiques	19,3		66	0		27	57	

CONCLUSIONS

- Sont présentées dans ce travail :

260 observations de malades, traités au Centre Léon Bérard pour des tumeurs épithéliales primitives de la glande parotide.

Nous avons successivement envisagé leurs caractéristiques histologiques, cliniques ainsi que le traitement qui a été opposé à ces tumeurs.

- Deux groupes s'individualisent :

- | | | |
|----|---|-----------|
| 1) | - Les adénomes pléomorphes vierges | } 98 cas |
| | - Les adénomes pléomorphes récidivés sans dégénérer | |
| 2) | - Les carcinomes adénoïdes kystiques | } 162 cas |
| | - Les tumeurs muco-épidermoïdes | |
| | - Les adénocarcinomes | |
| | - Les carcinomes | |
| | - Les carcinomes épidermoïdes (CMDK) | |
| | - Les carcinomes anaplasiques | |
| | - Les carcinomes dans un adénome pléomorphe | |
| | - Les adénomes pléomorphes récidivés en dégénérent | |

A - Dans le premier groupe d'observations :

La parotidectomie la plus totale possible, conservatrice du nerf facial, est l'indication de choix.

Par l'étude détaillée de nos observations, nous avons pu montrer :

- que la valeur de la parotidectomie totale, conservatrice du facial est indiscutable.
- que la chirurgie partielle est à proscrire de manière formelle.

- que, avec une thérapeutique appropriée, ces tumeurs rentrent dans le cadre des tumeurs bénignes ou tout au plus, à faible potentiel malin.

B - Le second groupe d'observations,

rentre dans le cadre des tumeurs malignes.

Le pronostic est dominé par les conditions cliniques, histologiques, et thérapeutiques.

a) Le stade clinique, permet de différencier :

- des tumeurs à forme nodulaire, au début, à relativement bon pronostic (75% de vivants à 5 ans),
- des tumeurs cliniquement malignes, à pronostic réservé (15,5% de vivants à 5 ans).

b) Les formules histologiques permettent de différencier :

- des tumeurs à malignité intermédiaire
 - . carcinomes adénoïdes kystiques
 - . tumeurs muco-épidermoïdes.
- des tumeurs à malignité élevée :
 - . adénocarcinomes
 - . carcinomes épidermoïdes
 - . carcinomes anaplasiques.

c) La thérapeutique permet d'opposer :

- des tumeurs à meilleur pronostic qui bénéficieront d'une parotidectomie totale conservatrice du Facial, associée à une irradiation complémentaire.

- Les tumeurs à pronostic péjoratif, en dépit :

- . du sacrifice . du Facial
 - . des structures de voisinage
 - . des chaînes ganglionnaires cervicales.
- . d'une irradiation complémentaire systématique.

Si l'on peut, à partir de ces paramètres établir un pronostic, il faut toutefois garder à l'esprit que "l'évolution" d'une tumeur épithéliale parotidienne n'est jamais terminée, même dans les "bonnes formes".

Des récidives peuvent survenir de nombreuses années après traitement, et le classique délai de 5 ans n'est qu'une sécurité relative.

Le Président de la Thèse :

Professeur M.MAYER

Vu, le Doyen de l'U.E.R. FACULTE
DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE

B. SALLE

Vu et permis d'imprimer

LYON, 1e 6 Juillet 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AHLBOM H.E. 1935 Acta Radiol. Supplément 23 -254 cas
Mucous and salivary gland tumors
- 2 - ANDERSON R. and BYARS L.-1965 St.Louis
Surgery of the parotid gland
- 3 - ANDRE P.M., de SAINT MALARY, J. TROTOUX-1971-ANN.OTO.LAR.PARIS
Ref. 88 N° 4 et 5 page 274.
Evolution maligne des tumeurs mixtes.
- 4 - ANDRE P. - 1973 Cahiers O.R.L. N° 4 page 373
Tumeurs mixtes de la parotide
A propos de 288 parotidectomies totales
- 5 - ANDRE P. - 1972 Cahiers O.R.L. N° 4 page 417
Techniques d'exérèse des tumeurs mixtes de la parotide à
évolution parapharyngées.
- 6 - ANGEL D.C. and HENDRIX R.C. - 1967 Oral Surg., ref : 23 p. 362
Epithelial neoplasms of salivary glands
- 7 - ARIEL I.M. - 1954 Surgery vol. 35
Parotid gland tumors treatment
- 8 - ARNAUD R. 1971 - Grenoble Med. Chir. vol. 9 N° 2 p. 71
A propos des parotidectomies totales avec conservation
du nerf facial.
- 9 - AZZOPARDI J.G. and SMITH O.D. - 1959 J. Path. Bact. ref : 77 p. 131
Salivary gland tumors and their mucins
- 10 - BARDWILL J.M. - 1967 - Amér. J; Surg. ref. 114 page 498
Tumors of the parotid gland
- 11 - BATSAKIS J.G. - 1971 - Univ. Michigan Med. Center ref/37 p.178
Benign and malignant "mixed tumors"

- 12 - BEAHR O.H. - 1960 - Arch. Surg. Chicago ref. : 80 page 891
Surgical management of parotid lesions (760 case)
- 13 - BECACHÉ P. - 1970 - Thèse Paris - Institut Gustave Roussy 137047/5
Les tumeurs épith. malignes prim. de la parotide.
- 14 - BECKER F.F. - 1976 Arch. oto laryng. ref : 102 p. 385
Bilateral syndroms mixed parotid gland tumors.
- 15 - BERNIER J.L. - 1946 J. Oral Surg. ref : 4 page 193
Mixed tumors of the Lip.
- 16 - BERTOIN P. FREIDEL M. - 1970 J.F.O.R.L.T. 19 N° 3 page 266
Pseudo tumeur maligne de la région parotidienne
- 17 - BHASKAR S.N. - 1963 - Cancer ref. : 16 page 721
Central mucoépidermoïd tumors of the mandible
- 18 - BOLES R.J. - 1973 Ann. OTOL. réf. : 82 page 684
Carcinoma in pleomorphic adenoma of salivary gland
- 19 - BOULOGNER F. - 1958 réf : 143 Edit. Univ. de Bordeaux
Les cystadénolymphomes parotidiens
- 20 - BOUCHE J. FRENCHÉ Ch. - 1971 Ann. Otol. Paris 88 N° 9 P. 449
La résection du plexus tympanique dans le syndrome de Freï.
- 21 - BRILL A. H. - 1975 Arch. Otolaryng. 101 déc. page 751
Bilatéral syndroms mixed tumors of the Parotid.
- 22 - BROWN J. B. - 1969 Surg. Gynec. Obst. T. 139 N° 1 p. 40
The treatment of primary malignant tumors of the parotid gland.
- 23 - CAMERON M.J. 1961 J. Clin. Patho. réf : 14 page 232
Tumors of salivary glands.
- 24 - CHARDOT C. 1972 Cah. O.R.L. réf : 7 N° 4 page 407
Les Tumeurs à stroma remanié de la parotide en position latéro-pharyngée.

- 25 - CHRISTOPHERSON W.M. 1949 ARCH. Path. réf : 48 page 96
Oncocytoma of the parotid gland.
- 26 - CONLEY J. John 1971 Surg. Clin. of North Amér. vol 51 N° 2
Treatment of Facial Paralysis
- 27 - CONLEY J. HOLLON W. FARR Cancer of the Head and Neck
1965 Washington Butterworths
ref : R.C. 280 H4 In 1 XXII
Tumors of the parotid gland
Collection CARCINOLOGIE Flammarion (I.G.Roussy) page 33
Tumeurs des glandes salivaires
- 28 - DARGENT M. 1962 Acta Internat. Contre le Cancer
Vol XVIII N° 5
Le Problème du traitement d'une tumeur parotidienne au
stade précoce.
- 29 - DARGENT M. Mémoires de l'Acad. de Chir. T 88 N° 8 et 9
La parotidectomie conservatrice
Ses limites et ses indications
- 30 - DARGENT M. 1968 Corso Sup. di Aggiornamento in Oncol. Clin.
Possibilités et limites de la chirurgie conservatrice dans les
T.malignes de la Parotide
- 31 - DARGENT M. 1967 Lyon Chirurgical (Mars)
Les Tumeurs de la parotide.
- 32 - DARGENT M. 1970 ANN. Chir. réf : 24 N° 11-12 page 617
Valeur de la parotidectomie totale conservatrice du nerf
facial pour les tumeurs malignes de la parotide.
- 33 - DEBU J.C. 1970 Thèse de Lille réf : 71 N° 3
Valeur diagnostique de la sialographie dans les
carcinomes de la Parotide.
- 34 - DECHAUME GRELLET VAILLANT 1972 Cah. O.R.L. N° 4 p. 385
Les épithéliomas à stroma remanié parotidiens

- 35 - DECHAUME J. PAYEN M.B. BONNEAU A. DOZIN 1958 Presse Méd. N° 91 p.2040
La sialographie et la ponction biopsie dans le diagnostic
étiologique des affections chroniques des glandes salivaires.
- 36 - DELARUE J. 1956 Ann. Anatomopathol. réf : 1 page 34
Les "tumeurs mixtes" plurifocales de la glande parotide.
- 37 - DEPPICH L.M. and TOKER 1969 Cancer réf : 24 P. 174
Mixed tumors of the parotid gland.
- 38 - DOYLE L.E. LYNN J.A. 1968 Cancer réf : 22 page 225
Ultra structure of the chondroid regions of the benign
mixed tumors of salivary gland.
- 39 - EBERLE R.C. 1972 Otolaryng. Clin. of North Amér. vol. 15 n° 3
Facial reanimation in facial paralysis.
- 40 - ENEROTH 1964 Acta otolaryng. Suupl. 191
Histological and clinical aspects of Parotid tumors.
- 41 - ENEROTH C.M. MOBERGER 1968 Arch. Clin. expér. réf : 192 page 358
Ultrastructural characteristics of Adenoid cystic carcinoma
of salivary glands.
- 42 - EVANS R.W. and CRUICKSHANK A.H. 1970 Phil. W.B. Saunders C°.
Epithelial tumors of the salivary glands.
- 43 - EWING J. 1940 Phil. W.B. Saunders C°. 4th edition
Neoplastic diseases.
- 44 - FINE G. and MARSHALL R.B. 1961 Amer. J. Surg. réf : 102 p 86
Malignant mixed tumors of parotid gland.
- 45 -FOOTE F.W. and FRAZELL 1953 Cancer réf : 6 page 1065
Tumors of the major salivary glands.
- 46 - FOOTE F.W. and FRAZELL 1954 ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY A.F.I.P.
Whashington DC Sect.4 Fasc. 11
Salivary gland tumors.

- 47 - FREEMAN F.J. BEAHRS O.H. WOOLNER L.B. 1965 AMER. J. Surg. ref. 110 p. 527.
Surgery of malignant parotid tumors.
- 48 - FREIDEL M. DEPLAGNE 1971 ANN. ODONTO STOMATOL.
Localisations parotidiennes du B.B.S.
- 49 - GAILLARD J. HAGUENAUER J.P. 1974 J.F.O.R.L. N° 5 P. 461
Paralysies faciales et tuméfactions parotidiennes.
- 50 - GAILLARD J. DUMOLARD P. 1970 J.M. Lyon 51 N° 1197 p.1993
Les localisations du B.B.S. dans la loge parotidienne.
- 51 - GAILLARD J. GIGNOUX B. 1974 J.F. O.R.L. vol 23 N° 1 p. 77
Diagnostic et conduite à tenir devant une tumeur parotidienne unilatérale.
- 52 - GARAS J. A POLITIS S BESBEAS 1973 Internat. Surg. vol. 58 N° 3
Neoplasms of the parotid gland (185 cases operated).
- 53 - GERUGHTY R.M. SCOFIELD H.H. 1969 Cancer réf : 24 p. 471
Malignant mixed tumors of salivary gland origin.
- 54 - HAYES MARTIN and H.E. EHRLICH 1944 Surg. GYNEC. OBST. réf : 79 p.611
Papillary cystadenoma lymphomatosum of the salivary gland
(Warthin's tumor)
- 55 - HAGUENAUER G. KERMAREC 1972 POUMON réf : 28 N° 8 page 389
Les métastases pulmonaires des cylindromes des glandes salivaires
(à propos de trois cas)
- 56 - HEALEY W.V. PERZIN K.H. SMITH L. 1970 Cancer réf : 26 p. 368
Carcinomes mucoépidermoïdes des glandes salivaires.
- 57 - HOLLANDER P. 1973 Surg. Chir. North AMER.réf : 53 N° 1 p. 113
Traitement of parotid malignant tumors.
- 58 - HUFORD F.R. 1946 Brit. J.Surg. réf. 34 page 186
The surgical anatomy of the parotid gland.
- 59 - JAKOBSON P.A. BLANCK C. ENEROTH C.M. 1968 Cancer réf : 22 p. 111
Carcinomes mucoépidermoïdes de la Parotide.

- 60 - JOHNSON J.K. and CHILDES J.H. 1954 Texas Rep. Biol. Med. réf. 12 page 979.
Tumors of the salivary glands.
- 61 - KAUFFMAN S.L. and STOUT A.P. 1963 Cancer réf : 16 p. 1317
Tumors of the major salivary glands in children'
- 62 - KING J.J. FLETCHER G.H. 1971 Radiol. 100 N° 2 page 381
Malignant tumors of the major salivary glands.
- 63 - KIRKLIN J.W. MAC DONALD J.R. HARRINGTON S.W. 1951
Surg. Gynec. Obst. réf : 92 page 721.

Parotid tumors : histology, clinical behaviour and results.
- 64 - KROLLS S.O. BOYERS R.C. 1972 Cancer Philadelphia 30 N° 1 page 266
Mixed tumors of salivary glands.
- 65 - LACOMME Y. 1969 Bordeaux Clin. page 46
Quelques points de technique concernant la parotidectomie
totale conservatrice.
- 66 - LACHARD J., LIEUTARD R. 1971 Lyon Méditerran. Méd. réf : 7 N° 4 p. 185.
Tumeurs à structure kystique des glandes salivaires.
- 67 - LACOUR J., MICHEAU C. 1970 Surg. Oncol. vol. 14 p. 389
Traitement des tumeurs malignes des glandes salivaires.
- 68 - LAUDENBACH P., GUILBERT F. 1970 Vie Méd. T.51 N° 19 p. 2925
Intérêt de la sialographie pour le diagnostic des tumeurs de
la parotide.
- 69 - LEDERMAN M. 1941 Brit. J. Radiol. réf : 14 p. 329-335-368-375
Mucous and salivary gland tumors (57 cases).
- 70 - LEMAITRE Y. 1938 Ann. Otolaryng. réf : 57 page 185
Etude anatomoclinique des cylindromes.
- 71 - LEROUX R. et LEROUX-ROBERT J. 1934 Bul. Ass. Fr. d'Etud. du Cancer.
Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes
salivaires.

- 72 - LEROUX-ROBERT J. 1972 T.7 N° 4 P. 361 Cahiers O.R.L.
Notre expérience des tumeurs dites mixtes.
- 73 - LUCAS R.B. - CHURCHILL-LIVINGSTONE 1967 Path. of Tumors of the oral
tissue Ch. 30 P. 272
Salivary gland tumors.
- 74 - MAC FARLAND J. 1943 Surg. Gyn. Obst. réf : 76 N° 23
The mysterious mixed tumors of salivary glands.
- 75 - MAC KENZIE J.J. 1948 Anat. réf. 82 page 183.
Parotid gland in relation to facial nerve.
- 76 - MICHEAU C. 1973 Arch. Anapath; réf : 21 N° 3 p. 251
Association tumeur mixte épithélioma de la parotide (à propos de 23 cas).
- 77 - MAC COMB S.W. and FLETCHER G.H. 1967 Cancer of the head and neck-monographie.
Salivary glands (by J.M. BARDWIL).
- 78 - MOBERGER J.G. and ENEROTH C.M. 1968 Cancer réf : 21 page 1198
Malignant mixed tumors of the major salivary glands.
- 79 - MORGON A. et BOULUD B. 1975 J.F. O.R.L. Mars
Les tumeurs rares de la parotide.
- 80 - MORFIT M.H. and KRAMISH 1961 Amer. J. Surg. réf. : 102 page 777.
Auriculo-temporal syndrom following surgery of parotid tumors.
- 81 - MOYSE P. 1972 Cah. ORL T.7 N° 4 page 381
A propos de 259 tumeurs mixtes salivaires traitées chirurgicalement.
- 82 - NEW G.B. and CHILDREY J.H. 1931 Arch. Otolaryng. réf. 14 page 669
Adenocarcinomas of the mixed type.
- 83 - PATEY D.H. 1931 Brit. J. Surg. réf. 18 page 241.
The mixed tumors of the salivary glands.
- 84 - PATEY D.H. and THACKERAY A.C. 1958 Brit. J. Surg. Réf. 45 page 477
The treatment of parotid tumors.

- 85 - PATEY D.H., THACKERAY A.C., KEELING D.H. 1965 Brit. J. Cancer réf.19 p.712
Malignant disease of the parotid.
- 86 - PAZAT P., PONS J. Rev. Stomato 71-72 N° 7 p. 727
Les tumeurs parotidiennes à expression chirurgicale.
- 87 - PERZICH T. 1970 Amer. Surg. page 120
The place of neck dissection in the management of parotid tumors.
- 88 - PIQUET J.J. 1972 Cah. ORL T 7 N° 4 page 425.
A propos du traitement des épithéliomas à stroma remanié parapharyngés.
- 89 - POTDAR G.G. and PAYMASTER J.C. 1969 Amer. J. Surg. T 118 N° 3 page 440
Tumors of salivary glands.
- 90 - QUATTLEBAUM F.W., DOCKERTY M.B., MAYO C.W. 1946 Surg. Gyn. Obst. réf 82 p.342
Adenocarcinoma, cylindroma type of the parotid gland.
- 91 - RAFLA S. 1977 Cancer réf : 40 page 136
Malignant parotid tumors
Natural history and treatment.
- 92 - RAFLA S. DEMETRIOUS S. 1970 Springfield, IL, CH. C.Thomas Mucous and
salivary gland tumors.
- 93 - RAWSON A.J., HOWARD J.M., ROYSTER H.P., HORN R.C. 1950 Cancer réf : 3 page 445
Tumors of the salivary glands (160 cases)
- 94 - REDON H. 1962 Monographie sur les indications chirurgicales dans le
traitement des cancers. Réf : 223-237.
Tumeurs des glandes salivaires (chap. 18)
- 95 - REDON H. 1955 Monographie : Chirurgie des glandes salivaires réf : 222-226
Tumeurs de la parotide.
- 96 - REDON H., LACOUR J. 1972 Cah. ORL T N° 4 page 335
Les tumeurs de la parotide.

- 97 - RENTSCHLER R. 1977 Cancer réf : 40 P 619
Chemotherapy of malignant major salivary gland neoplasms.
- 98 - ROSENFELD L., SESSIONS D., Mc SWAIN B., GRAVES M.
Malignant tumors of salivary glands
Ann. of surg. 163 p. 726 Mai 19766.
- 99 - ROUVIERE H. 1967 Précis d'anatomie.
Région parotidienne.
- 100 - SCHULENBERG C.A.R. 1954 South AFRICA Med. J. réf. 28 P. 910
Salivary gland tumors.
- 101 - SHELDON W.H. 1943 Arch. Path. réf : 35 page 1
So-called mixed tumors of the salivary glands.
- 102 - SMITH A.G. BROADBENT T.R., ZAVALETTA A.A. 1954 Cancer réf. 7 page 224
Tumors of the oral mucous glands.
- 103 - SPIRO R.H. DONALD 1977 Cancer réf. 39 page 388
Malignant mixed tumors of salivary origin (146 cas)
- 104 - SPIRO R.H., HUVOS A.G., STRONG E.W. 1975 (Amer. J. Surg. réf : 130 page 452.
Cancer of the parotid gland (288 primary cases).
- 105 - STEWART D.J. 1968 Amer. J. Roentgen page 100
Role of radiothérapie in the management of malignant tumors of the
salivary glands.
- 106 - THACKERAY A.C. 1972 Classification internationale histologique des tumeurs
N° 7 O.M.S. Genève
Types histologiques des tumeurs des glandes salivaires.
- 107 - THACKERAY A.C. and LUCAS R.B. 1974 A.F.I.P. Atlas of Tumors pathology-
Washington
Tumors of the major salivary glands.
- 108 - THORBJORN B., LUNDBERG S. 1977 Acta path. B.Microbiol. Scandinavia
sect. A Suppl. N° 260.
An autopsy study of salivary glands tumors.

- 109 - THOMAS W.H. COPPOLA E.D. 1965 Amer. J. Surg. réf 109 page 724
Distant metastases from mixed tumors of the salivary glands.
- 110 - TIMOSCA G. 1970-71 Rev. Stomato N° 8 page 673
Les séquelles de la parotidectomie moyens de les prévenir.
- 111 - TOURGIS J. 1966 Revue Otolaryng. N° 5-6 page 359.
Le repérage du nerf facial dans la chirurgie parotidienne.
- ¹¹²
TURNBULL A.D. and Frazell E.L. 1969 Amer. J. Surg. Réf : 118 november page 787.
Tumeurs multiples des glandes salivaires majeures.
- 113 - VAILLANT J.M. LAUDENBACH P. 1972 Rev. du Prat. réf : 22 N° 31 page 4345
Tumeurs parotidiennes.
- 114 - VAILLANT J.M., LAUDENBACH P. 1974 Rev. Stomato réf : 74 N° 2 page 396
Cylindromes. Bilan provisoire de l'expérience de la clinique stomatologique de la Salpêtrière.
- 115 - VANDENBERG H.J. Jr LAMBOURIS A., PRZYBYLSKI T., RACHMANINOFF N.
1964 Amer. J. Surg. réf : 108 page 480.
Salivary tumors (190 cases)
- 116 - VIRCHOW R. 1964 SECHSZEHUTE VOR LESUNG réf. 1 page 502
Die krankhaften Geshwülste.
- 117 - WALTER P., PREVOT M., LUDWIG L. 1977 ANN. ANAPATH. Tome 22 n° 3 page 233
Adénomes à cellules basales des glandes salivaires.
- 118 - WARTHIN A.S. 1929, J. Cancer. Res. Réf : 13 page 116.
Papillary cystadenoma lymphomatosum.
- 119 - WELSH R.A. and MAYER A.T. 1968 Arch. Path. réf : 85 page 433
Mixed tumors of human salivary glands (histogenesis).
- 120 - WELTI H. 1969 Hopital T 57 N° 803 page 743
A propos du traitement chirurgical des tumeurs mixtes de la parotide.

- 121 - WOOLNER L.B., PETTET J.R., KIRKLIN J.W. 1954 Amer. J. Clin. Path.
réf. 24 P. 1350
Mucoépidermoid tumors or major salivary glands.

- 122 - WYATT A.P., HENRY L., CURWEN M.P. 1967 Brit. J. Surg. réf : 54
Salivary tumors (156 cases).

- oOo -

TABLE DES MATIERES

=====

	Page
1 - INTRODUCTION	1
2 - CLASSIFICATION DES TUMEURS EPITHELIALES PAROTIDIENNES	4
3 - FREQUENCE DES TUMEURS EPITHELIALES PAROTIDIENNES	8
4 - TABLEAU ANALYTIQUE DE NOS OBSERVATIONS	14
5 - RAPPEL ANATOMIQUE	16
6 - TUMEURS EPITHELIALES BENIGNES OU A FAIBLE POTENTIEL MALIN	26
- Adénomes Pléomorphes	27
. "vierges"	32
. récidivés sans dégénérer	42
. récidivés en dégénérent	49
7 - CAS PARTICULIER DES CARCINOMES DANS UN ADENOME PLEOMORPHE	51
8 - CONSIDERATIONS SUR LES ADENOMES PLEOMORPHES	58
9 - TUMEURS A MALIGNITE INTERMEDIAIRE	66
- Carcinomes adénoïdes kystiques	67
- Tumeurs muco-épidermoïdes	72
10 - TUMEURS EPITHELIALES PAROTIDIENNES A MALIGNITE ELEVEE	78
- Adénocarcinomes	80
- Carcinomes épidermoïdes (C.M.D.K.)	81
- Carcinomes anaplasiques	81
11 - DIAGNOSTIC D'UNE TUMEUR PAROTIDIENNE	98
- Différentes étapes du diagnostic	100
- Place des examens complémentaires	101
12 - CONDUITE A TENIR DEVANT UNE TUMEUR EPITHELIALE PAROTIDIENNE	104
- Principes généraux	105
- Traitement chirurgical et ses séquelles	106
- Indications chirurgicales	112
- Moyens thérapeutiques complémentaires, - indications	114
13 - ETUDE PRONOSTIQUE	116
- Facteurs pronostiques	118
- Survies	121
CONCLUSION	123
BIBLIOGRAPHIE	127

